
М. М. Решетников
Психическая
травма

Решетников М. М.

Психическая травма

СПб.: Восточно-Европейский Институт Психоанализа, 2006. — 322 с.

Монография посвящена современной проблематике психической травмы и посттравматическому стрессовому расстройству. Впервые в отечественной литературе на основе широкого психолого-психиатрического подхода подробно анализируются история, теория, патогенез, клиника, диагностика, течение и терапия психической травмы, а также критически переосмысливается отказ от теории травмы и замена ее теорией влечений в психодинамической психотерапии. Автором излагаются классические подходы к проблеме, освещается содержание и противоречия дискуссии о психической травме, вызвавшей особое внимание психиатрической науки в начале XX века, анализируются современные теории, классификации и диагностические критерии и обобщается собственный исследовательский и практический опыт, полученный в процессе Афганской войны, участия в спасательных операциях и реабилитационных мероприятий после Чернобыльской аварии (1986), Армянского землетрясения (1988), Уфимской железнодорожной катастрофы (1989) и Бесланской трагедии (2004). Заключительный раздел монографии посвящен этническим и массовым психическим травмам.

Книга состоит из 25 глав, 5 таблиц, резюме и указателя на русском и английском языках.

Издание предназначено для психиатров, психологов, психотерапевтов, врачей общей практики, педагогов и социальных работников.

Содержание

Кто доблестен, тот может ли страдать?
Или вернее — замечать страданье?
Но если он умножит жизнь свою,
Включив другие дорогие жизни,
Судьбу любимой хрупкой красоты,
Судьбу детей беспомощных, чье счастье
Зависит от него...
Почувствовать он должен неизбежно
Занозу, разрывающую сердце.
Его судьба испуганно заплачет.
Так и со мной случилось. Я погиб.

Дж. Томсон

Введение

Если вы держите в руках эту книгу, то, скорее всего, вы — мой коллега: врач или психолог. Но даже если вы не принадлежите к представителям двух этих профессий, мы все равно — коллеги, так еще как никому не удавалось прожить жизнь без психических травм, более того — можно сказать, что жизнь исходно травматична.

Эта работа во многом является продолжением и отчасти некоторым (надеюсь — промежуточным) итогом того, что мной было написано ранее. И если читатель встретит в тексте ссылки на какие-то мои прежние публикации, прошу его поверить, что это не от нескромности, а от того, что мне не хотелось повторять уже сказанное. Это намного увеличило бы объем книги, а я и сам как читатель не люблю толстых книг, считая, что если автор не смог донести свои идеи и обобщения в кратком варианте, то почему это смогут или захотят сделать другие? Поэтому здесь написано только то, что, по моим представлениям, нельзя было не написать о психической травме.

Книга была задумана около года назад, и тогда мне казалось, что назрела определенная необходимость для более широкого подхода к этой проблеме, но каково же было мое изумление, когда, пролистав все солидные отечественные и некоторые зарубежные издания по психологии, психиатрии и психотерапии, я

обнаружил, что обобщать практически нечего — этой темы как бы не существовало, и в 99% современной специальной литературы, за исключением психоаналитической, она даже не упоминалась. Таким образом, возникла необходимость не столько обобщать, сколько попытаться восстановить в качестве единого целого (хотя бы в первом приближении) то, что было разбросано по немногочисленным источникам, а также изложить общенаучным языком основные положения аналитической теории травмы, которая когда-то была одной из самых популярных тем, затем на какой-то период оказалась преданной почти полному забвению, а в настоящее время вновь со всей очевидностью заявила о своей актуальности.

Возможно, это только мое убеждение, но думаю, что психология, психиатрия и (тем более) психотерапия слишком многое растеряли, на протяжении почти столетия игнорируя феноменологию травмы, а сведение ее только к столь популярному сейчас посттравматическому стрессовому расстройству — не только существенно сужает, но и искажает наши представления о личности, прежде всего — страдающей. Мной уже не раз отмечалось, что наши предшественники, психиатры и психологи, были великими гуманистами и философами, мы — все больше становимся прагматиками, постепенно отдаляясь от всего, что связано с психическим страданием и смыслом жизни. Можно понять, когда страдающий человек утрачивает смысл своего существования, но не нахожу никакого объяснения тому, почему наука и терапевтическая практика так последовательно уклоняются от исследования этой феноменологии.

Стремление к счастью является естественным для любого человека, и никто не хотел бы провести всю жизнь (или даже часть ее) в качестве страдающего невротика или психотика. Но кому-то везет меньше, и тогда он обращается к нам, еще не зная, что никакая терапия не делает человека счастливым, а опытный терапевт — даже не пытается этого сделать, сознавая непосильность задачи. Все, что мы можем — только устранить препятствия и помочь: вначале обрести душевное равновесие, а затем почувствовать опору под ногами для следующего шага — к полноценной жизни. И даже это малое мы можем только в том случае, если сумеем понять пациента. В этой книге нет готовых рецептов, и в целом — она лишь еще одна попытка приближения к такому пониманию.

Санкт-Петербург, 13.01.2006

Часть I

История, теория, патогенез, диагностика, течение и терапия

Глава 1

Когда психических травм еще не было…

Понятие «психической травмы» впервые появилось в научной литературе в конце XIX века, но ее признание в качестве самостоятельной нозологической единицы растянулось почти на 100 лет, а дискуссия вокруг этой проблемы была настолько захватывающей, что заслуживает отдельного изложения и анализа.

Современная история психиатрии, начало которой обычно связывается с именем Эмиля Крепелина и изданием его учебника «Введение в психиатрическую клинику» [26], не так уж велика. Но уже мало кто помнит, что, являясь выдающимся учеником гениального психолога Вильгельма Вундта, Крепелин вначале предпринял попытку создать свою концепцию психиатрии на основе методов экспериментальной психологии. Однако в последующем (и очень скоро) он оставил эти подходы. Ю. Каннабих, к монографии которого я буду преимущественно обращаться в этом разделе, так пишет об этом: «В позднейших изданиях "Учебника" психология занимает хотя и почетное, но чисто декоративное место. Это в буквальном смысле "психология без души", без души самого Крепелина, интересы которого уже давно обратились в совершенно иную сторону» [18: 462].

И на это были конкретные причины. Как мне представляется, определенную негативную роль здесь сыграли эпоха и умонастроения того периода, когда осуществлялась интеграция психиатрии в медицину. Новая область медицинских знаний должна была институироваться только с собственной нозологией и, в соответствии с духом времени, только на основе естественнонаучной методологии. Приняв естественнонаучную парадигму в качестве основной (а позднее — единственной) и постулировав клиническую классификацию как этиопатогене-тическую (для которой пока просто не найдено соответствующих морфологических, биохимических или инфекционных коррелятов), психиатрия начала постепенно отдаляться от лежавших в ее основе гуманитарных концепций (то есть — гипотез) о психике

и, в результате, с этой точки зрения — оказалась внеконцептуальной.

Были и другие причины, вплоть до причин сугубо межличностного характера, но в целом нужно признать, что постепенно Крепелин-врач (с естественнонаучными установками) одержал верх над Крепелином-психологом и его прежними гуманитарными концепциями и индивидуально-психологическими подходами. В итоге ключевым понятием в психиатрии становится не пациент с его глубоко личностно-окрашенным страданием, а симптом, а затем — сопоставление симптомов сотен и тысяч клинических случаев в целях выявления синдромологически общего.

В этой констатации не было бы и тени негативизма, если бы это направление стало одним из многих в современной психиатрии. Но оно стало основным и, по сути, единственным. В результате современная психиатрия предельно схематизировалась, диагноз ставится по утвержденному перечню признаков, а лечение назначается по схеме. Вроде бы все правильно, как и должно быть в медицине, но личность пациента и ее индивидуальная история, а также ее изменения под влиянием среды и (большей частью) психофармакологического лечения «присутствуют» здесь лишь в качестве некоего побочного несущественного фактора.

Эта позиция была исходно весьма уязвимой, но Крепе-лин настаивал, что психические расстройства должны иметь такие же этио-патогенетические факторы, как и все другие болезни, то есть — вызываться вирусами, бактериями, травмами или токсинами. С этим согласились далеко не все. Тем не менее этот подход долгое время оставался преобладающим, и даже в 80-е годы XX века выдающийся российский ученый П. Снежневский чуть не получил Государственную премию СССР за открытие вируса шизофрении. К чести Снежневского, он сам же позднее признал свою ошибку.

Однако оппонентов у Крепелина было достаточно и в период его научного творчества. Например, К. Г. Юнг еще в 1907 году опубликовал небольшую работу «Психоз и его содержание», где пытался обосновать факт того, что все проявления тяжелого психического расстройства строго детерминированы предшествующими переживаниями пациента [86]. Затем эти идеи получили дальнейшее развитие в системной монографии О. Блейлера, посвященной шизофрении [4], при этом сам автор отмечал, что вся его книга представляет собой не что иное, как «распространение идей Фрейда» на эту форму психического страдания. К Фрейду мы еще вернемся в следующем разделе, так

как многие из его идей на протяжении длительного периода существовали и развивались параллельно официальной психиатрии.

Постепенно накопление клинических данных привело к существенному расширению представлений о психических страданиях. Для легких и «стертых форм» психических нарушений стало использоваться определение «малая психиатрия», а грубые формы, в центре которых лежал тот или иной тяжелый симптом или синдром, стали более «размытыми», так как «концентрические круги», расходящиеся вокруг «нозологического ядра» (депрессии, паранойи, шизофрении и т. д.), многократно пересекались.

В 1906 году вышла чрезвычайно важная работа Тилин-га [128], где указывалось на принципиальное значение преморбидного (существовавшего до болезни) склада личности как самостоятельного фактора, обусловливающего последующую специфику психического расстройства пациента, особенно применительно к так называемым функциональным психозам. Вслед за Тилингом Рейсе [124] на большом клиническом материале обосновал, что та или иная форма аффективного расстройства зависит от предшествующего развития характера. В итоге установленные Крепелином резкие границы выделенных им форм психических расстройств стали еще неопределеннее, и становилось все более очевидным, что в психиатрии (в отличие от соматической медицины) в большинстве случаев мы имеем дело не с «болезнями», а с обусловленными психической конституцией конкретной личности реакциями, которые (даже при воздействии абсолютно идентичных психотравмирующих факторов) могут появиться, а могут и не появиться. Таким образом, был сделан существенный (я бы сказал даже — исторический) шаг в развитии психиатрии — от медицинской нозологии к конституциологии, где вновь появлялась личность пациента, ее индивидуальные особенности и ее неповторимая история развития. Но, увы, этот шаг оказался чрезвычайно коротким. И очень скоро нозологический подход снова стал преобладающим. В результате на многие десятилетия было «заморожено» развитие профилактического и психотерапевтического направлений в психиатрии, а центр активности сместился в область диагностики и психофармакологической коррекции симптомов, все больше удаляясь от страданий конкретного пациента.

Тем не менее именно этому краткому периоду развития психиатрии мы обязаны появлением таких понятий, как «тревожно-мнительный характер»

(Суханов, [69]), «психастеническая конституция» (Жане, [114]), «мифоманическая конституция» (Дюпре, [100]) и некоторых других. Само понятие «психической конституции», как представляется, наиболее точно было определено Крау-зом [117], который объединял этим термином главным образом унаследованные, органически присущие и определяющие стиль поведения и деятельности субъекта признаки, влияющие на развитие его личности, а также степень его сопротивляемости негативным влияниям среды. Соперничество клинико-анатомического направления (возглавляемого Крепелином) и конституциональной психиатрии было, как уже отмечалось, недолгим, хотя и достаточно жестким. Один из ярких приверженцев Крепелина — знаменитый психиатр Ф. Ниссль, например, был уверен, что даже для истерии со временем будет найдена гистологическая основа, а всяческие психологические исследования неврозов называл непроизводительной тратой времени, сравнимой с изучением психологии прогрессивного паралича [123]. Самое слабое место приверженцев патоло-го-анатомических подходов к психиатрии состоит в том, что даже в тех случаях, когда после 30—40 лет страдания пациента, например, шизофренией на вскрытии и удается найти некие гистологические изменения мозговой ткани, вряд ли возможно доказать, что они являлись причиной, а не следствием. То же самое относится и к современным методам электроэнцефалографических, тонких биохимических и им подобных исследований (самостоятельную важность которых было бы нелепо отрицать — психодинамика и мозговая динамика, безусловно, взаимосвязаны, но было бы грубейшей ошибкой искать здесь такие же зависимости, как в случаях чумы, холеры, сифилиса или гриппа, где всегда есть конкретный возбудитель, известны механизмы его повреждающего воздействия на ткани, есть легко дифференцируемая клиника и специфичный метод лечения). Более того, сосредоточившись на изучении мозга, как субстрата мышления и эмоций, ученые сделали еще одну методическую ошибку, так как представления о том, что мы думаем головным мозгом, имеют такое же основание, как и заключение, что «мы ходим спинным мозгом», выводимое из того, что все двигательные импульсы замыкаются именно на этом уровне.

Против категоричного Ниссля тут же выступили известнейшие в свое время психиатры Гохе [НО] и Гаупп [108]. Последний, в частности, считал, что истерия — это аномальный тип реагирования на требования, предъявляемые

жизнью, и механизмы таких патологических реакций заложены в самой психике, в связи с чем такие реакции могут обнаруживаться у кого угодно, когда человек сталкивается с индивидуально непереносимыми требованиями жизни или негативными обстоятельствами. Чуть раньше была опубликована работа К. Бонгеффера [92], где на солидном клиническом материале обосновывалось, что самые различные внешние воздействия (экзогенные факторы) могут вызывать совершенно одинаковые психотические синдромы. Это был прямой выпад против Крепелина, который считал, что каждое психическое расстройство имеет свой собственный этиологический фактор (примерно, как в уже упомянутой инфекционной патологии).

Тем не менее бурная полемика начала XX века фактически ничем не завершилась, а точнее — после серии взаимных упреков в непонимании увенчалась серией взаимных уступок, одной из которых стало признание главенства двух ведущих факторов психопатологии: конституционального (наследственной предрасположенности) и экзогенного (провоцирующего момента), сочетание которых может вызывать самые разнообразные симптомокомплек-сы. Наиболее четко эта позиция была сформулирована уже упомянутым Гохе [110], считавшим, что этиологические моменты (внешние или внутренние) являются лишь провоцирующими «толчками», которые приводят в действие специфические механизмы, имеющиеся в каждой психике, включая нормальную. Ему же принадлежит знаменитое высказывание о том, что поиски раз и навсегда установленных процессов, однородных по этиологии, течению и исходу, представляют собой не что иное, как погоню за фантомом. Казалось бы, нозологическая школа, исчерпав все возможности и доказательства, потерпела поражение. Но этого не произошло. И поиски анатомических, нейроэндокринологических и биохимических патогенетических факторов психопатологии продолжаются до настоящего времени.

Было бы неверно не упомянуть здесь Карла Ясперса, который в своей «Общей психопатологии» [87] предлагал, как представляется, наиболее рациональный (для того периода времени) подход: вначале исключить все органические поражения мозга (вследствие инфекций, интоксикаций и травм), а затем разделить все психические расстройства на две большие группы, одну из которых он относил к «болезням» (которые имеют определенное течение и сопровождаются теми или иными изменениями личности), а вторую обозначал как «фазы», в которые временами может вступать любая

личность в соответствии со своей наследственной предрасположенностью. Отсюда вытекало, что (в отличие от приверженцев клинико-анатомического направления) основное внимание нужно сосредоточить не на поиске тех или иных препаратов для лечения психопатологии, а на систематических исследованиях пациентов путем «вживания» и «вчувствования» в их внутренний мир, желания и поступки и на созерцании их душевных процессов. Феноменологический подход Ясперса нашел массу приверженцев в Германии и по сути — до настоящего времени — определяет деятельность всех научных школ психотерапии. Был краткий период, когда аналогичные подходы получили признание и в психиатрии (отказавшейся от попыток и поисков естественнонаучного объяснения психопатологии), но так называемая «чистая психиатрия», так же как затем — анти-психиатрия, быстро растворилась в психофармакологическом буме.

Тем не менее в далеко не простом психиатрическом знании продолжало развиваться несколько новых подходов. Появление первых представлений о пограничных состояниях и «малых» психозах вызвало вроде бы не такой уж заметный, но, безусловно, значительный шаг в психиатрической науке. На рубеже 20-х годов XX века психиатры все чаще обращаются к понятию «психогении», а социальный фактор начинает выдвигаться в качестве одного из объяснительных принципов психопатологии. Одна из первых работ в этом направления принадлежит Бонгефферу — «О психогенных болезненных состояниях и процессах...» [931, где, в частности, был описан «вазомоторный симптомокомплекс при испуге у совершенно здоровых людей», затем на протяжении десятилетий входивший в перечень транзиторных психических расстройств как «физиологический аффект» (но практически еще до конца XX века мало кто признавал возможность «психического аффекта» без физиологической составляющей). Бонгеффер описал и множество других психогений: реактивную депрессию, аффект-эпилепсию, сумеречные состояния сознания, индуцированные психозы, кататонические вспышки, параноидальноподобные расстройства у заключенных и некоторые другие.

Многие из этих идей существовали и ранее. В частности, необходимо напомнить гипотезу Шарко (1825— 1893) о психогенном происхождении истерии [97], идею Мебиуса (1853—1907) о «болезнях, возникающих от представлений» [120] (кстати, ему же принадлежит и идея об эндогенных и экзогенных этиологических факторах психопатологии), книгу основателя

рациональной (когнитивной) психотерапии Дюбуа «Психоневрозы и их психическое лечение» [99], двухтомник Жане «Обсес-сии и психастении» [114], где основное внимание сосредоточивалось на объяснении симптомов исходя из свойств личности пациентов.

Но только трагический опыт Первой мировой войны со всей очевидностью поставил вопрос о травматическом неврозе, причем — сразу с признанием функционального характера и сугубо психологического происхождения последнего (то есть — без какого-либо анатомического субстрата, гистологических изменений, предшествующей интоксикации, инфекционного или травматического повреждения мозговой ткани). До этого понятия «психическая травма» в официальной психиатрии фактически не существовало. Казалось бы — это было так давно! Но еще лет пять назад в процессе одного из консилиумов по поводу тяжелой психопатологии у молодого мужчины — участника Афганской войны (с яркой клиникой посттравматического стрессового расстройства) — один из моих уважаемых коллег недоуменно вопрошал: «Откуда такая клиника? Ни травм, ни ранений, ни контузий, ни даже падения с грузовика у него не было...».

Глава 2
Задолго до описанных событий...

Зигмунд Фрейд, вне сомнения, намного опережал современные ему представления, и именно поэтому его идеи так трудно входили в психиатрическую науку и практику. И даже по истечении 125 лет, несмотря на то что многое из психоаналитического знания многократно заимствовалось, а значительная его часть — уже органически имплицирована в психиатрию и в психологию (иногда в измененном или даже извращенном виде), противников и пессимистов все еще достаточно. Но если мы остаемся учеными, мы должны помнить, что ничто не доставляет столько чести автору, как приоритеты в открытиях и создании новых идей. Фактически любое научное творчество есть не что иное, как соревнование интеллектуалов в нахождении и обосновании таких идей, а также презентации их (и в прямом, и в переносном смысле) социуму, то есть — нам с вами. Но выигрывают лишь те, чьи открытия и труды переживают столетия.

После этого краткого лирического отступления мы вернемся к нашему путешествию по миру идей.

В «Предуведомлении...» к «Исследованиям истерии» [77] Фрейд указывает, что «само собой разумеется», что в психиатрии термин «травматический» предполагает, что «синдром вызван именно несчастным случаем», особенно если (при повторных атаках страдания) пациентом вспоминается «одно и то же событие, которое спровоцировало первый приступ»; и в этом случае «причинно-следственная связь вполне очевидна» [77: 17]. Мы сразу можем сделать очень важный вывод, что существуют ситуации, когда эта связь далеко не очевидна (и, к сожалению, чаще всего — это именно так). И далее Фрейд еще раз подчеркивает: «...При травматическом неврозе причиной болезни является не ничтожная физическая травма, а сам испуг, травма психическая» [77: 19].

В отличие от полемизирующих (вплоть до 20-х годов XX века) по этому поводу коллег-психиатров Фрейд в том же 1892 году пишет: «Травматическое воздействие может оказать любое событие, которое вызывает мучительное чувство ужаса, страха, стыда, душевной боли; и, разумеется, от восприимчивости пострадавшего (равно как и от условий, указанных ниже) зависит вероятность того, что это происшествие приобретет характер травмы» [77: 20]. Однако нередко в истории жизни пациента «обнаруживается несколько парциальных травм, образующих группу происшествий, которые лишь в совокупности могли оказать травматическое воздействие» [77: 21], при этом «бывает, что обстоятельства, сами по себе, казалось бы, безобидные, за счет совпадения с действительно важным событием или моментом особой раздражительности приобретают значение травмы, которое не могли иначе приобрести, но которое с тех пор сохраняют»[77: 20].

Специфично, что травма не всегда проявляется в чистом виде, как болезненное воспоминание или переживание. Она становится (Фрейд об этом пишет в примечании) как бы «возбудителем болезни» и вызывает симптомы (например, тики, заикание, обсессии и т. д.), «который затем, обретя самостоятельность, остается неизменным» [77: 20]. Далее Фрейд проводит аналогию между травмой психической и физической: «психическая травма или воспоминание о ней действует подобно чужеродному телу, которое после проникновения вовнутрь еще долго остается действующим фактором» [77: 20].

В этом же разделе, обращаясь к своим наблюдениям 1881 года, Фрейд

отмечает, что эти симптомы проходили, когда удавалось со всей ясностью воскресить в памяти травматическое событие. Вне сомнения, это первое упоминание о механизмах действия появившейся много позднее психоаналитической психотерапии и дебрифинга (о котором еще будет сказано ниже). Особенно с учетом следующей фразы Фрейда: «Воспоминания, лишенные аффекта, почти никогда не бывают действенными; психический процесс, который развивался первоначально, нужно воспроизвести как можно ярче, довести до status nascend ((лат.) — момент зарождения.) и затем выговорить» [77: 20-21].

Фрейд указывает также на автономные механизмы и специфику психодинамики психической травмы: с одной стороны, кажется удивительным то, что даже очень давние переживания могут оказывать столь ощутимое воздействие; а с другой — что воспоминания о них в отличие от других (не имеющих травматического содержания) с годами не становятся менее значимыми или менее болезненными.

Тем не менее в норме любое воспоминание постепенно блекнет и лишается своей аффективной составляющей. Фрейд отмечает, что снижение остроты переживаний существенно зависит от того, последовала ли сразу после травматического воздействия энергичная реакция на него или же для такой реакции не было возможности или она была вынуждено подавлена. В обоих случаях реакция на травму имеет чрезвычайно широкий диапазон отреагирования: от немедленного до отставленного на многие годы и даже десятилетия, от обычного плача по утрате до жестокого акта мести обидчику. И только когда человек отреагировал на событие в достаточной (для него и — что не менее существенно — индивидуальной для каждого) мере, аффект постепенно убывает. Фрейд характеризует это выражениями «выплеснуть чувства» или «выплакаться» и подчеркивает, что «оскорбление, на которое удалось ответить, хотя бы на словах, припоминается иначе, чем то, которое пришлось стерпеть» [77: 22]. Еще одна специфика, на которой останавливается Фрейд: «...Реакция пострадавшего на травму имеет "катартическое" воздействие лишь в том случае, если она является реакцией адекватной, подобно мести» (око за око, зуб за зуб), но далее автор вновь апеллирует к психотерапии и отмечает, что «язык служит для человека суррогатом поступка, и с его помощью можно почти так же "отреагировать" аффект» [77: 23].

Глава 3
Реабилитация теории травмы

Гипотеза о психогенном происхождении некоторых психических расстройств была сформулирована выдающимся французским психиатром Жаном Мартеном Шарко еще раньше — около 1883 года, но, строго говоря, она не была сколько-нибудь научно проработана. Фрейд, который учился у Шарко в Париже в 1885 году, в отличие от множества своих коллег сразу и полностью воспринял эту идею, которая еще больше укрепилась в процессе его совместной работы с Йозефом Брейером.

Я уже писал об этом достаточно популярно и подробно в другой маленькой книге — «Элементарный психоанализ» [50] и здесь лишь напомню, что еще до начала сотрудничества с Фрейдом Брейер разработал собственный метод психотерапии. После погружения пациентов в гипнотическое состояние он предлагал им подробно описывать различные психотравмирующие ситуации, имевшие место в прошлом. В частности, предлагалось вспомнить о начале, первых проявлениях психического страдания и событиях, которые могли быть причиной тех или иных психопатологических симптомов. Однако далее этого методического приема Брейер не продвинулся. Позднее, уже в совместных исследованиях Фрейда и Брейера, было установлено, что иногда только один рассказ об этих ситуациях в состоянии гипноза (в некотором смысле — «насильственное воспоминание») приводил к избавлению пациентов от их страдания. Брейер назвал это явление «катарсисом» по аналогии с термином, предложенным Аристотелем для обозначения феномена «очищения через трагедию», когда, воспринимая высокое искусство и переживая вместе с актером страх, гнев, отчаяние, сострадание или мучение, зритель очищает душу. Здесь мы вновь встречаем уже упомянутое положение о необходимости повторного (эмоционального) переживания травмы непосредственно в процессе терапии и, обращаясь к уже 100-летнему опыту психотерапии, должны признать, что если аффективная составляющая отсутствует, эффективность терапевтического процесса обычно невелика.

Чуть позднее, во время первых психоаналитических сеансов, Фрейд

обращает внимание на то, что в рассказах его пациентов почти всегда выявляется повышенная фиксация на темах и психотравмирующих переживаниях, так или иначе связанных с попытками или результатами совращения их в детстве, преимущественно — со стороны близких родственников, и наиболее часто — дочерей отцами. В целом, и это хорошо известно из клинической практики, такие ситуации действительно нередки в семьях с отягощенным психиатрическим анамнезом. Позднее признание роли психотравмирующих ситуаций раннего детства, и особенно — детской сексуальной травмы в качестве пускового механизма психопатологии, вошло в число основных постулатов психоанализа (и фактически общепризнанно). Но первые сообщения Фрейда об этом, представленные венскому врачебному сообществу, вызвали бурю негодования и в конечном счете привели к разрыву с Брейером, который (впрочем, как и множество других) не принял идею сексуальной травмы.

Самое странное, что и Фрейд постепенно как бы отошел от нее — не столько от идеи сексуальности, сколько от собственно психической травмы, в последующем уделяя все больше внимания теории влечений, которая в современном психоанализе почти вытеснила теорию травмы. Это еще более удивительно в связи с тем, что обе теории — непротиворечивы, и одна не исключает другую. А кроме того, не полностью разделяя принцип сексуальности, через 30 лет практики я не могу не признать, что до 70% моих пациентов имели ту или иную сексуальную травму в раннем детстве, причиненную кем-либо из ближайших родственников. Эти травмы действуют чрезвычайно патогенно, ребенок оказывается уязвленным в своих самых светлых чувствах, при этом — уязвленным именно тем самым взрослым, от которого в первую очередь ему свойственно ожидать любви и защиты. В таких случаях могут развиваться тяжелые (нарциссические) неврозы, связанные с болезненной самооценкой и ущербом, нанесенным чувству самоуважения (*На протяжении длительного периода развития психоанализа в отличие от современных подходов считалось, что при этой форме психопатологии психотерапия неэффективна и даже невозможна, так как у пациентов не формируется перенос. Но в настоящее время эти взгляды пересмотрены (см.: Х. Спотниц. Современный психоанализ шизофренического пациента. Теория техники. СПб.: Восточно-Европейский Институт Психоанализа, 2004).*

Как известно, через какое-то время и, как отмечают некоторые историографы психоанализа — в известной степени в угоду общественному мнению, Фрейд качественно трансформирует свою гипотезу и делает

неожиданное заключение, что было бы неверно обвинять всех отцов в извращенности, так как в рассказах невротических пациентов об обстоятельствах возникновения аффективных переживаний очень трудно, а нередко — невозможно отличить истину от вымысла (и с этим, я думаю, согласится любой специалист-практик независимо от его отношения к психоанализу). Сущность же трансформации гипотезы Фрейда состояла в следующем: сексуально окрашенные рассказы пациентов могут быть лишь продуктом их болезненных фантазий, но эти фантазии, хотя и в искаженном виде, отражают их действительные желания и влечения. Таким образом, в новой интерпретации гипотезы Фрейда речь шла уже не об извращенности отцов, а о бессознательном желании дочерей быть соблазненными отцами. Но не это было главным: в этом новом построении теория травмы уступила место теории влечений, «пациент-жертва» трансформировался в «виновника» собственных бед, а жестокая «реальность» была приравнена к «фантазии» (с точки зрения психической реальности, которая может быть не менее жестокой, — последнее, безусловно, верно, но кроме нее существует и просто реальность).

Но это было чуть позднее, и сейчас мы вновь вернемся к теории травмы. Фрейд полагал, что случаи сексуального злоупотребления со стороны взрослых настолько ранят детей, что они оказываются не в состоянии перенести эти ужасные, непонятные, неизвестные и даже чуждые им переживания, которые в результате вытесняются (из памяти и сознания). Но поскольку аффективный (патологический) процесс уже запущен и в большинстве случаев не может остановиться, он качественно трансформируется (в симптом) — и вместо вытесненного страдания, по поводу которого ребенку не к кому обратиться, появляется его «заместитель», который может быть предъявлен, в том числе нанесшему травму взрослому, — та или иная психопатология (*Несколько забегая вперед, попробуем провести определенную аналогию с состояниями, наблюдаемыми при травмах военного времени. Было отмечено, что если солдат прошел через чрезвычайно опасную ситуацию, где ему хотелось что есть сил кричать о помощи, но это было абсолютно безнадежно, и все-таки ему удавалось выжить — после этого он становился высокогипнабельным. Но если этот трагический эпизод вновь воспроизводился в его аффективном «звучании» под гипнозом, гипнабельность пропадала, что рассматривалось как избавление от аффективных переживаний и оценивалось как успех терапии. В связи с этим Л. Шерток и Р. де Соссюр высказали предположение: «Не отличает ли особая предрасположенность к психоаналитической терапии тех, кто в детском возрасте пережил*

травму, не получив ответа на призыв о помощи, и впоследствии страдал от этого, пока не прошел курс терапии. Ведь симптом ... может выражать также мольбу о помощи» [84: 53].) Поясню это на конкретном примере. Например, у одной из моих пациенток, обратившейся к терапии (когда ей было около 30) по поводу периодического недержания газов, этот симптом впервые проявился в 8 лет, а травмой явилось соблазняющее поведение матери, которая после размолвок с отцом обычно приходила в постель к дочери и реализовывала там свои патологические комплексы, лаская себя и дочь. Не имея другой возможности избежать этого, пациентка продуцировала симптом защитного характера, делавший ее неприятной как сексуальный объект (*Но даже через 20 с лишним лет пациентка, естественно, не понимала природу своего страдания.)*.

Такая психопатология очень нередко в явной или скрытой форме присутствует с самого детства, но главное — ее причина обычно остается недоступной для сознания. Однако с помощью психоаналитического метода эти воспоминания можно вывести на сознательный уровень, как бы «проявить» вытесненный аффект, освободить его, выражаясь языком Фрейда, от «нагара неестественности» и «зловония» и затем в процессе психической проработки сделать действительно прошлым, действительно забытым и таким образом преодолеть последствия психической травмы — те или иные симптомы актуального душевного страдания (и их соматические эквиваленты).

Подчеркнем еще раз важнейшее различие ранних и более поздних теоретических разработок Фрейда: в теории травмы особую роль играют внешние «неблагоприятные» обстоятельства, с признанием возможности их существования в объективной реальности. В теории влечений — главными становятся внутренние побуждения и индуцированные ими фантазии. В первом случае пациент оказывается жертвой внешних (привнесенных) условий, а во втором — сам является источником собственных страданий и разочарований. Влечения ориентированы на получение удовольствия, проявляясь в высоковариативных желаниях, фантазиях и представлениях, направленных на какой-то объект, и обычно — проецируются в будущее. Переживания травмы, наоборот, чаще всего жестко связаны с каким-то одним событием и обращены в мучительное прошлое.

Но есть нечто, что роднит обе теории: и травмы, и влечения обязательно сопровождаются аффектами, эмоциями и страстями (*См.: Куттер П. Современный психоанализ. — СПб.: Б. С. К., 1997.)*

Почему мы говорим об этом так подробно? В современном мире стало слишком много реальных психических травм. А современный психоанализ стал слишком сконцентрированным на теории влечений. И в тех случаях, когда терапевт, сталкиваясь с реальной психической травмой, продолжает стереотипно мыслить и действовать в рамках хорошо усвоенной теории влечений, он вряд ли способен помочь своему пациенту, который просто не поймет — почему с ним говорят «совсем не о том»? Аналогичные идеи косвенно высказываются и другими авторами. Так, обсуждая специфику травм, связанных с утратой одного из членов семьи (в данном случае — ребенка), Ален Жибо отмечает, что родительское горе, так же как и горе ребенка в связи с утратой матери, вряд ли адекватно интерпретировать в рамках эдипальной ситуации, так как эти травмы являются качественно иными [14].

Еще раз напомню, что Фрейдом все это было открыто и клинически чрезвычайно подробно исследовано уже к 1895 году. Но затем, уже после публикации «Толкования сновидений» [76], он на какой-то период «охладел» к теории травмы, но, как мы увидим далее, вовсе не отказался от нее. В заключение этого раздела отмечу также, что, обращаясь к последующим работам Фрейда, мы не будем излишне «погружаться» в теорию влечений, которая гораздо чаще, чем считалось ранее, оказывается мало применимой к ситуациям психической травмы.

Чтобы не быть неверно понятым, должен подчеркнуть, что этой констатацией ни в коей мере не умаляется значение (точнее — историческое значение) теории влечений Фрейда и ее последующее развитие в работах его многочисленных учеников и последователей, в том числе — за пределами психоанализа (учитывая то, что те или иные положения этой теории органически имплицированы практически во все современные методы психотерапии).

Глава 4
Еще раз о Крепелине и «неврозе испуга»

В 1900 году Крепелин обращается к проблематике психической травмы с тех же позиций, что и Фрейд, в своей работе «Введение в психиатрическую клинику», которая впервые выходит в России в 1923 году [26]. Примечательно, что в этом великолепном клиническом исследовании Крепелин разбивает

психическую травму на две категории: «невроз испуга» и собственно «травматический невроз», хотя различия между ними (в том числе — в его описании) практически отсутствуют.

Учитывая, что этот источник уже мало доступен современному читателю, и не желая пересказывать талантливого автора, описания которого остаются такими же актуальными, как и 105 лет назад, приведу две достаточно объемные цитаты по поводу каждой категории почти полностью.

«Невроз испуга. Под влиянием глубоко потрясающих событий, особенно массовых несчастных случаев (война, землетрясение, катастрофы..., пожары, кораблекрушения), у большего или меньшего количества затронутых им лиц вследствие резкого эмоционального волнения могут внезапно наступить помутнение сознания и спутанность мыслей, сопровождаемые бессмысленным возбуждением и — реже — ступорозной заторможенностью волевых усилий. Вызванное опасностью душевное волнение мешает ясному восприятию внешнего мира, размышлению и планомерному действию, на место чего выступают примитивные средства защиты, ограждения себя от внешнего мира, инстинктивные движения бегства, защиты и нападения. К этому могут присоединиться всякого рода истерические явления, делирии, припадки, параличи. По истечении нескольких часов, дней или самое большое недель, с наступлением успокоения, обычно сознание мало-помалу проясняется, в то время как воспоминание о происшедшем, а нередко также и о предшествующем времени остается крайне неясным. Более легкие следы пережитого возбуждения (повышенная эмоциональность, разбитость, тревожность, подавленность, беспокойный сон, кошмарные сны, сердцебиения, чувство давления в голове, головокружение, дрожание) могут оставаться еще долгое время. Телесное и душевное спокойствие, урегулирование сна, впоследствии — подходящие занятия, уход, уговоры, помещение в благоприятные внешние условия обычно достаточны, чтобы привести к выздоровлению» [26].

И вслед за этим текстом Крепелин дает (в чем-то — более скупое) описание «травматического невроза»: «За последние десятилетия выяснилось, что не только после тяжелых, но и после совсем незначительных несчастных случаев, иногда даже без того, чтобы имело место поранение, могут остаться постоянные, даже с течением времени усиливающиеся расстройства, которые, в общем, представляют из себя смесь подавленности, плаксивости и слабоволия с неприятными ощущениями, болями и расстройством движений.

Головные боли, чувство головокружения, слабость, дрожание, напряженность мышц, неуверенность движений ("псевдоспастический парез с тремором"), расстройства походки, необычные неприятные ощущения и боли всякого рода мешают ему постоянно... Настроение подавленное, плаксивое или угрюмое, раздраженное. К сильному напряжению воли больные не способны, очень быстро устают при всяком задании, малодушно прекращают свои попытки после безуспешных усилий. Очень распространена склонность настойчиво обращать внимание врача на отдельные черты в картине болезни (*Для реализации этой потребности до настоящего времени фактически не предоставляет возможности ни один метод, кроме психоанализа, где терапевт готов слушать пациента, если потребуется, месяцы и даже годы. — Прим. М. М. Решетникова.*) Даже если больные вне наблюдения не представляют ничего особенного, то при обследовании они довольно тугоподвижны, с трудом воспринимают, не могут вспомнить самых обыкновенных вещей, дают совершенно неподходящие ответы, но рассказывают подробно и жалобно о своем несчастии и своих страданиях. Расстройства движений также выступают тогда в очень сильной степени... Часто к картине травматического невроза примешиваются еще другого рода черты, иногда истерические симптомы болезни, затем остатки мозговых поражений (односторонняя глухота или атрофия глазного нерва, эпилептиформные припадки), алкогольные или атеросклеротические расстройства»[26].

По сути единственным важным отличием «невроза испуга» от «травматического невроза», по мнению Крепелина, является то, что в случае последнего «после одной или нескольких попыток больной приобретает постепенно все укрепляющуюся уверенность, что его страдания делают для него невозможной прежнюю работу», а последствия несчастного случая приобретают особую силу, когда «надо снова начать работу и затем, когда должен решаться вопрос о пенсии» [26]. В связи с этим Крепелин не рекомендует ставить вопрос о пенсии и считает лучшим подходом решение вопроса о единовременном «вознаграждении определенной суммой» и как можно более быстром возвращении к работе. Более того, он совершенно однозначно заключает этот раздел: «Собственно лечение ввиду характера заболевания является совершенно бесполезным» [26]. Нам остается только отнести это на счет господствовавших в то время представлений и поблагодарить автора за великолепное клиническое описание этой формы

психического страдания.

Но прежде чем мы расстанемся с Крепелином, необходимо напомнить, что в разделе «Психогенные заболевания» он также дает прекрасное описание «нервного истощения» и так называемого «невроза ожидания», за которыми (в совокупности) легко узнается современный «синдром профессионального выгорания», указывает на «индуцированное помешательство», которое может провоцироваться паникой или даже «мнимой общей для всех опасностью», вплоть до «психических эпидемий»; а также выделяет в отдельную группу «психогенные душевные расстройства у арестантов», обычно сочетающиеся с подозрительностью, идеями преследования, раздражительностью и бунтарством [26]. А завершается этот раздел монографии Крепелина «сутяжническим помешательством», при котором (в результате психической травмы, в связи с мнимым или действительным нарушением прав) у человека развивается «бредовое представление, что его хотят намеренно и планомерно обманывать и угнетать» в сочетании с «обширными жалобами», «преувеличенным требованием убытков и целой горы [судебных. — М. Р.] процессов, неблагоприятный исход которых дает все новую пищу для бреда» [26]. К сожалению, в последующем эти идеи и выводы, имеющие огромное значение для адекватной социальной политики в условиях массовой психической травмы, были «несколько забыты», а причин для обращения к ним в современном обществе более чем достаточно.

Глава 5
О. Блейлер: «психозы от превратностей судьбы»

Блейлер публикует свое «Руководство по психиатрии» [4] в 1916 году и определяет травматические неврозы как заболевания, «которые возникают психически, на почве волнения или от несчастия или другим каким-нибудь путем в связи с последними». Но уже имея опыт изучения «неврозов военного времени» (Первой мировой войны), он делает к этому определению дополнительную ссылку, которую уместно привести полностью:

«Некоторые авторы... допускают, по крайней мере — для многих случаев, существование подкладки физического свойства — нечто вроде молекулярных изменений нервной системы на почве физического или психического

"сотрясения" или слишком сильного раздражения, употребляя даже выражение "травматический рефлекторный паралич". Согласно наблюдениям во время войны, все это играет совершенно второстепенную роль» [4. Курсив мой. — М.Р.].

В своем «Руководстве...» Блейлер повторяет данные Крепелина, более подробно останавливаясь на описанной последним чуть позднее «псевдодеменции» (1906—1909, то есть уже после выхода его «Введения в психиатрическую клинику» в 1900 году). Характерно, что Крепелин в этом описании апеллирует к вполне определенной массовой психической травме, а его работа называется: «О пси-хо-невропатических последствиях у лиц, переживших катастрофу на шахте "Курьер" 10 марта 1906 года» [116] (*Речь идет о катастрофе во Франции, когда при взрыве на шахте «Курьер» погибло более 1000 шахтеров).* Имея неоднократный опыт работы в ситуациях массовой психической травмы, должен признать, что, несмотря на трагичность происходящего, в том числе — в последующий период, именно в подобных случаях, когда поведенческие феномены оказываются практически полностью лишенными их культурного «обрамления», социальных и моральных ограничений («отменяемых» императивами выживания), можно получить уникальный клинический материал, а спрессованные во времени аффекты, чувства, отклонения в поведении и тут же присоединяющаяся психопатология позволяют сформировать качественно иные представления о динамике психических страданий, которые в обыденной жизни развиваются исподволь, в течение десятилетий, и в силу этого их клиническая картина всегда выглядит «затушеванной», «смазанной» или «размытой». Кроме того, выявляемый в последующем полиморфизм психопатологии, а также ее относительная специфичность, связанная, как показывает ряд исследований, более с возрастом пострадавших на момент получения психической травмы, еще раз убеждает в справедливости психоаналитических подходов к проблеме (*См. гл. 16 данного издания «Отдаленные последствия и организация реабилитационных мероприятий»).*

Однако вернемся к краткому описанию псевдодемен-ции. Апеллируя к Крепелину, Блейлер отмечает, что большинство психиатрических пациентов этой категории в мирное время представляют клиническую картину именно травматического невроза, который (в дополнение к предыдущим описаниям) характеризуется только более яркими депрессивными проявлениями в

сочетании с заторможенностью мышления и снижением памяти, хотя даже при скрупулезном объективном исследовании никаких (органических) нарушений обнаружить не удается.

Вначале кажется, что между двумя выдающимися психиатрами имеется полное согласие. Но далее Блейлер достаточно категорично обосновывает свою особую точку зрения. Он ни разу не употребляет такое определение, как «намеренная симуляция», но старательно доказывает, что в основе травматического невроза лежит то, что сейчас обычно определяется как «рентные тенденции», формирующиеся в результате психической травмы. Суть его представлений весьма четко формулируется уже в первой строке раздела «Наше понимание травматических неврозов» [4]: «...Эти болезни возникают главным образом на почве борьбы за пенсию. Такое же значение имеет иногда теперешний страх (большей частью бессознательный) идти на фронт. В мирное время на первом плане в травматическом неврозе стоит опасение болезни и неработоспособности, что до некоторой степени может быть компенсировано пенсией или единовременным вознаграждением» [4: 412—414]. И далее, становясь на позицию пациента (как он его представлял) и говоря от его имени, Блейлер пишет: «Если я выздоровею, вознаграждение отпадет, а болезнь может опять возобновиться, ведь она очень тяжелая» [4: 414].

Такие представления существуют и в настоящее время, но вряд ли кто-то согласится, что существование в рамках «рентных тенденций» и есть то, что составляет смысл жизни, или то, о чем когда-то (до психической травмы) мечтал пациент.

Глава 6
Фрейд. Неврозы военного времени (1915-1921)

В двух работах, написанных в 1915 году («Своевременные мысли о войне и смерти» [80]) ив 1919 году (Предисловие к сборнику «Психоанализ и военные неврозы» [101]), Фрейд вновь возвращается к психической травме. Но здесь он выступает, скорее, как уже всемирно известный ученый и общественный деятель и практически ничего не говорит о терапии.

В первой из упомянутых работ Фрейд, который не застал ни Второй мировой войны, ни современного терроризма, пророчески констатирует, что «войны не

могут прекратиться до тех пор, пока нации живут в различных условиях, пока ценность человеческой жизни воспринимается у них по-разному и пока разделяющая их враждебность представляет собой такую мощную движущую силу» [80]. Он отмечает также крах надежд, ранее связываемых с европейской цивилизацией: «Мы верили, что великие нации белой расы, лидеры всего человечества... смогут найти иной путь разрешения недоразумений и конфликтов интересов», исходя из того, что им «запрещено использовать огромные преимущества лжи и обмана в соревновании с ближним» [80]. Увы, этого не произошло, а неограниченная свобода СМИ лишь увеличила вероятность нарушения моральных стандартов... Во второй главе этой работы Фрейд отмечает изменение нашего отношения к смерти, хотя я и не могу сказать, что он раскрывает что-то новое.

Доклад Фрейда на 5-м Международном психоаналитическом конгрессе в Будапеште (28—29.09.1918), где на секции «Психоанализ и неврозы военного времени» выступили также Карл Абрахам, Эрнст Зиммель и Шандор Ференци, является более клиническим, и в нем Фрейд еще раз возвращается к теме терапии неврозов, которая затем нашла отражение в специальном Меморандуме, подготовленном по заказу Австрийского военного министерства [103].

В этой работе Фрейд с горечью отмечает, что интерес к военным неврозам со стороны официальных структур угас, как только закончилась война. Тем не менее в период боевых действий были подтверждены основные факты, которые психоаналитики до этого многократно наблюдали в мирное время, а именно: психогенная природа симптомов, значимость бессознательных импульсов и феномен «бегства в болезнь» были признаны практически всеми.

Но и в этой статье Фрейд уделяет теории травмы весьма незначительное внимание, а основное развитие психопатологии описывает в рамках конфликта Я. В частности, он отмечает: «Конфликт происходит между прежним мирным Я солдата и его новым воинственным Я, и он обостряется, как только мирное Я солдата осознает, какой опасности оно подвергается... Старое Я защищается от смертельной опасности бегством в травматический невроз» [102]. И далее Фрейд формулирует гипотезу, согласно которой «в армии профессиональных солдат или наемников нет условий для его [невроза. — М. Р.] возникновения», с чем, безусловно, нельзя согласиться и что не подтверждается практикой последних десятилетий.

Фрейд подмечает также весьма существенное различие между травматическими неврозами мирного и военного времени: «в мирное время после пугающих происшествий или серьезных катастроф» нет какого-либо «конфликта в Я». Сейчас можно было бы уточнить, что такой конфликт и в мирное время все-таки присутствует, но он не имеет такой катастрофической природы, как конфликт, вызванный необходимостью выбирать из двух альтернатив — убивать или быть убитым, при этом — далеко не всегда осознавая правоту таких действий. В качестве второго значимого заключения стоит упомянуть, и Фрейд также пишет об этом, что в случае военных неврозов «влияние смертельной опасности заявляет о себе слишком громко», в то время как, например, голос «фрустрации в любви» звучит «слишком тихо и неразборчиво» [103].

В уже упомянутом Меморандуме Фрейд также констатирует, что большинство врачей уже не считают, что так называемые «военные невротики» заболели в результате каких-либо повреждений нервной системы, и начали использовать вместо понятия «функциональные изменения» (которые можно было бы толковать как физиологические) определение «психические изменения» [103].

В этой же работе Фрейд выражает, мягко говоря, существенный скепсис в отношении метода электрошоковой терапии, которая активно применялась для терапии неврозов военного времени в период Первой мировой войны. Говоря о склонности оценивать неврозы военного времени как симуляцию и о том, как этот подход повлиял на «терапевтические» подходы к солдату, Фрейд пишет: «Прежде он бежал от войны в болезнь; теперь же были приняты меры для того, чтобы он ... бежал в пригодность для активной службы», — и далее отмечает, что эта система «была нацелена не на выздоровление пациента», а «на восстановление его пригодности к службе. Здесь медицина служила целям, чуждым самой ее сути». Тем более, что результаты электрошоковой терапии оказались неустойчивыми, а в ряде госпиталей были «случаи смерти вследствие такого лечения или суицидов в его результате» [103].

Глава 7
«По ту сторону принципа наслаждения»

В работе, название которой вынесено в заголовок раздела, Фрейд [78] вновь

обращается к теории травмы. Эта одна из самых известных статей создателя психоанализа разбита на семь частей, которые автором пронумерованы, но не названы. Хотя если попытаться определить их содержание, то первая часть посвящена принципу удовольствия, вторая — психической травме, третья — навязчивому повторению, четвертая — сознанию, пятая, шестая и седьмая — эволюции влечений. В принципе, все подразделы взаимосвязаны, но мы обратимся все-таки ко второй части, где, говоря о «травматическом неврозе», Фрейд пишет: «Ужасная война, которая только что закончилась, вызвала большое количество таких заболеваний и, по крайней мере, положила конец искушению относить эти случаи к органическому повреждению нервной системы, вызванному механической силой» [78: 143-144].

Фрейд уделяет не так уж много внимания клинической картине травматического невроза, а лишь отмечает, что она подобна истерии, но отличается более ярко выраженными признаками субъективного страдания, «примерно как при ипохондрии или меланхолии», а также более заметным снижением («ослаблением») психических функций. Сравнивая травматические неврозы мирного и военного времени, автор констатирует, что в случае, когда психическая травма сочетается с физической (например, ранением), вероятность невротической составляющей становится гораздо меньше.

Заслуживает внимания проведенный Фрейдом анализ таких, казалось бы, синонимических понятий, как «испуг», «страх» и «боязнь», которые дифференцируются им по критерию отношения к опасности (я позволю себе немного расширить и уточнить их определения). Страх — это протяженное во времени переживание, связанное с ожиданием опасности и формированием общей готовности к ней, даже если ее суть неизвестна. Боязнь — всегда связана с неким объектом, которого страшатся, но он конкретен и известен. В отличие от первых двух испуг — это остро развивающееся состояние, мгновенная реакция на опасность, о которой субъект не подозревал и к неожиданной встрече с которой не подготовлен.

Говоря о нарушении функционирования психики после полученной травмы, Фрейд, как мне показалось, почти подошел к идее извращенных защитных механизмов, но интерпретировал это совсем иначе. Он пишет, что «сновидения при травматическом неврозе имеют ту характерную черту, что они возвращают больного к ситуации, при которой произошел несчастный случай» [78: 144], хотя в бодрствующем состоянии пациенты «скорее стараются о них не думать».

Далее автор (в рамках разработанной им теории и введенного «принципа удовольствия») пишет, что предназначению «снов больше соответствовал бы показ больному картин его здорового прошлого и желанного выздоровления» [78: 145]. Фрейд даже упоминает, что здесь нам следовало бы «припомнить мазохистические тенденции Я», но затем тут же уходит от этого предположения.

Достаточно важными представляются и идеи Фрейда о навязчивом возвращении к психотравмирующей ситуации, которое он объясняет тем, что после пассивной роли, в которой человеку пришлось что-то пережить, в этих воспоминаниях «он ставит себя в активное положение», делается как бы властелином ситуации и даже удовлетворяет подавленное чувство мести за пережитое страдание. На основании собственных наблюдений мы могли бы дополнить эти представления всегда присутствующим после мощной психической травмы регрессом к магическому типу мышления, яркость которого очень широко варьирует: от приобретающих навязчивый характер (но бесплодных) размышлений на тему: «А можно ли было это предотвратить (или избежать этого)?» — до трагически известной искренней веры некоторых матерей Беслана в возможность воскрешения их детей.

Глава 8
Отто Фенихель — последний приверженец теории травмы

Книга «Психоаналитическая теория неврозов» Отто Фенихеля [73] была справедливо названа классическим научным трудом. Начав психоаналитическую деятельность в 1920-е годы в Вене, Фенихель затем преподавал в Берлине, Праге и Осло, а в 1940-е создал одно из первых психоаналитических обществ в Сан-Франциско. Его книга была издана уже после Второй мировой войны и, по доступным мне данным, была одним из последних психоаналитических изданий, где теории травмы еще уделялось серьезное внимание (как уже отмечалось, в последующем ее вытеснила теория влечений).

Фенихель писал на традиционном аналитическом языке, иногда даже чрезмерно насыщая изложение специальными и мало понятными за пределами нашего профессионального сообщества терминами. Ориентируясь на широкую

терапевтическую и психологическую аудиторию, я постараюсь избежать этого.

В разделе «Травматические неврозы» Фенихель подчеркивает, что любой сильный, внезапный и особенно обладающий разрушительной силой . поток раздражителей может вызвать психическую травму у любого индивида. Но для последующей психопатологии весьма существенно то, была ли возможна в период травмы моторная реакция, так как блокирование последней существенно увеличивает вероятность психического срыва или, как отмечает автор, «томительное ожидание опасней активной борьбы», — а травмирующее воздействие прямо пропорционально его неожиданности, чему мы имели неоднократные подтверждения в процессе трагических событий в Нью-Йорке и Лондоне, в Москве и Беслане. Если внутреннее возбуждение при угрожающей ситуации не находит «разрядки», оно провоцирует патологические формы поведения и двигательной активности, нередко не подконтрольные волевому управлению в связи с подавлением Эго (личности).

Автор приводит типичные группы симптомов травматических неврозов:

а) блокирование или снижение функций Эго (среди которых, как мы знаем, главнейшей является функция тестирования реальности и получение адекватных представлений о ситуации, окружающем мире и отношениях);

б) периодические приступы неконтролируемых эмоций, особенно тревоги и гнева, иногда — вплоть до судорожных припадков;

в) бессонница или тяжелые нарушения сна с типичными сновидениями, в которых снова и снова переживается травма;

г) полное или частичное «проигрывание» травматической ситуации в дневное время в форме фантазий, мыслей и чувств;

д) осложнения в виде психоневрологических симптомов.

Далее Фенихель дает пояснения к каждой из групп выделенных признаков.

Блокирование функций Эго (функций личностной регуляции) объясняется концентрацией всей психики на одной задаче — преодолении травмирующей ситуации и попытках справиться с нахлынувшим (нередко — запредельным) возбуждением, не находящим разрядки. Это состояние сохраняется и после травмы, поэтому одной из задач последующего периода является предотвращение любых видов дополнительной стимуляции до тех пор, пока не будут восстановлены разрушенные травмой психологические защиты.

Большинство психических и физиологических функций в процессе и сразу после травмы становятся «относительно неактуальными» и даже блокируются,

начиная от высших психических функций (связанных с культурой и моралью) и кончая сексуальными. В поведении преобладают преимущественно регрессивные феномены, то есть — переход функций на более низкий и более примитивный уровень регуляции, вплоть до сугубо инфантильных реакций с демонстрацией беспомощности, пассивности и зависимости, иногда с яркими проявлениями оральной фиксации, в целом — как бы моделирующих раннее детство, когда индивид ощущал свою защищенность, находясь под покровительством «всемогущих» значимых взрослых.

К самым примитивным защитным механизмам Фенихель относит обмороки, защитный смысл которых состоит в полном исключении поступления новых стимулов при угрозе запредельной эмоциональной стимуляции. В ряде случаев могут наблюдаться явления, которые автор называет «частичными обмороками», а мы бы обозначили как ступор или «тоннельное» состояние сознания.

Эмоциональные реакции возникают непроизвольно, неспецифически и могут широко варьировать, выражаясь в нецеленаправленном двигательном возбуждении, мимических реакциях, крике и плаче, сопровождаемых ярко выраженной тревогой и гневом, связанным с актуальным травматическим событием и (или) с одновременным регрессом к более ранним травматическим событиям (вплоть до раннедетских). Тревога и гнев, иногда даже в форме псевдоэпилептического синдрома, представляют собой разрядку возбуждения, для которых не было возможности в травматической ситуации. Переполненные возбуждением пострадавшие не могут сколько-нибудь расслабиться и уснуть. Но когда последнее удается, сон, как правило, сопровождается мучительными и кошмарными сновидениями, в которых повторяются отдельные элементы травмирующей ситуации, но которые тем не менее приносят относительное облегчение (давая разрядку эмоциям и предоставляя возможность для отреагирования).

Повторные переживания травмы проявляются и в бодрствующем состоянии, нередко — в виде навязчивых мучительных размышлений, при этом они сопровождаются яркими всплесками эмоций, тикообразными движениями, в отдельных случаях воспроизводящими двигательную активность, которая могла бы быть целесообразной в момент травмы, но не была (по той или иной причине) осуществлена.

«Адаптация» к перенесенной травме (в том числе — в автономном режиме

регуляции) идет медленно. Но если она оказывается неуспешной, Эго (личность) пациента или разрушается, и возникает та или иная симптоматика (переживаемая и демонстрируемая пассивно), или же восстановление Эго идет путем временного регресса к более примитивным формам функционирования.

Психоневрологические осложнения. К ним Фенихель относит различные проявления невроза, а также защитные реакции вытеснения и обеднение личности, подчеркивая, что в этих случаях травма оказывается одновременно и сенсибилизирующим (провоцирующим) фактором для имевшихся ранее патологических (компенсированных до этого) комплексов. В итоге возникают неспецифическая дезинтеграция личности и признаки несколько «стертой» дифференциации (которая сформировалась в процессе предшествующего развития) с регрессией к детскоподобной зависимости и магическому типу мышления. Люди обращаются к Богу, начинают верить в судьбу и надеются, что эта вера защитит их, как в детстве — родители. Отсутствие заботы со стороны окружающих провоцирует у таких пациентов апатию, сравнимую с «первичной депрессией» у детей, лишенных материнской любви. Фенихель также отмечает, что симптомы, появляющиеся в результате психической травмы, могут детерминироваться не только ее актуальным содержанием, но и другими (предшествующими) травматическими ситуациями, вплоть до забытых сцен младенчества.

В одном из разделов Фенихель искренне удивляется, заявляя, что «кажется невероятным, чтобы тяжелая травма переживалась, как соблазн», так как она обычно пугает, а не служит удовлетворению влечений. Но он тут же поясняет, что в случаях садомазохистических установок, когда присутствует или появляется интерес к жестокостям и всяческим опасностям, это возможно. И я могу подтвердить это, апеллируя как к опыту изучения боевых контингентов, так и к опыту работы психолого-психиатрических бригад в очагах массовой психической травмы. Например, до 70% бывших участников боевых действий выражали готовность сражаться за любую страну, которая предоставит им такую возможность, хотя этому можно найти и ряд других объяснений.

А оказываясь в ситуации очередной массовой травмы, абсолютное большинство специалистов (не имеющих прямого отношения к МЧС) всегда встречают массу коллег, хорошо знакомых по прошлым авариям и катастрофам, хотя значительная часть из них объективно признают у себя проявления вторичного посттравматического синдрома, сформировавшегося еще в период

«первого крещения горем».

В ряде случаев психическая травма мобилизует латентные (интрапсихические) конфликты между Эго и Супер-эго (которое обычно идентифицируется с интроекта-ми родительских фигур, их запретами, моральными нормами и правилами). Учитывая, что Супер-эго нередко выступает в качестве контролирующей, наказующей и карающей инстанции психики, при таком варианте пациент будет считать произошедшее (в той или иной степени) результатом собственных ошибок или своего стремления к «выгоде», а чувство вины, как известно, — один из самых мощных катализаторов психопатологии. Фенихель отмечает, что такие реакции нередко наблюдаются в процессе боевых действий, где всегда присутствует амбивалентность чувств к товарищу: каждый знает, что кто-то может погибнуть, и каждый надеется, что «не повезет» кому-то другому. Еще раз обращаясь к военной тематике и апеллируя к Фрейду, автор добавляет, что в боевых условиях может формироваться специфически «военное Супер-эго», которое легко допускает реализацию запретных (в других, мирных обстоятельствах) побуждений и действий и даже более того — «искушает» Эго, подталкивая его к совершению таких поступков; в итоге «мирное Эго» вынуждено обороняться от «военного Супер-эго». Имея определенный боевой опыт, могу сказать, что такая «оборона», особенно когда властные влечения Ид объединяются с морально-деформированным «военным Супер-эго», нередко оказывается слабой и безуспешной. Особенно если учитывать, что психопатизация и инфантилизация в военное время происходит обязательно и подразумевает репроекцию почти всех функций Супер-эго на командиров и начальников, которые отдают приказы (и, таким образом, принимают ответственность за все совершенное или содеянное). В заключение этого раздела Фенихель отмечает, что в период Второй мировой войны в отличие от Первой было описано гораздо больше шизофренических и шизоподобных эпизодов, выдвигая в качестве возможного объяснения тезис о том, что «если реальность нетерпима, пациент порывает с ней».

«Вторичные выгоды» или сознательная или бессознательная ориентация (психоанализ чаще исходит из второй) на определенную пользу, которую пациент может извлечь из своего страдания, почти всегда входит в клиническую картину травматического невроза. Симптомы страдания в этом случае становятся более демонстративными, хотя это и не может быть отнесено

к симуляции, так как преследуется совсем иная цель: получение обычной человеческой поддержки, сочувствия, понимания, сопереживания и страх остаться один на один со своим горем. Говоря о материальной компенсации в подобных ситуациях, Фенихель не отвергает ее, однако отмечает, что не существует решения этого вопроса, одинаково приемлемого для всех случаев.

Глава 9
Психоаналитическая терапия травматических неврозов по Фенихелю

Так же как и Фрейд, Фенихель констатирует возможность спонтанного преодоления последствий психической травмы, в котором выделяет две тенденции [73]. Первая состоит в склонности к отдалению (ментальному и территориальному) от травмирующей ситуации, большей потребности в отдыхе и постепенном восстановлении жизненной энергии, при этом на протяжении всего этого периода основные функции Эго снижены, происходит как бы «отступление» Эго на «тыловые позиции», где и восстанавливается нарушенное равновесие.

Вторая тенденция проявляется в отсроченной разрядке накопившегося аффекта через эмоциональную и двигательную сферы в сочетании с феноменами повторения *(Фенихель еще не употребляет ставшее теперь привычным сочетание «навязчивое повторение»)* (аффективных переживаний, воспоминаний и эмоциональных «всплесков»). Первый способ автор называет «методом успокоения», а второй — «методом отреагирования», подчеркивая, что в терапии должны реализоваться оба фактора, так же как это происходит в естественных условиях. Ориентация на изучение естественных механизмов восстановления адекватной саморегуляции после психической травмы и апелляция к усилению этих генетически заданных форм адаптации, безусловно, составляет одну из важнейших задач психотерапии. То есть терапевт должен, как пишет Фенихель, «посредством расслабляющих внушений успокоить, вселить уверенность, удовлетворить потребность пациента в зависимости и пассивности. С другой стороны, он должен способствовать катарсису, бурным разрядкам, повторному переживанию травмы (в безопасной ситуации), вербализации и прояснению конфликтов.

Первый метод (успокоение) особенно необходим, когда Эго напугано и

проработка травматических событий еще нетерпима, их повторение слишком болезненно». Когда этот период миновал, целесообразно, чтобы пациент говорил о травме и своих переживаниях как можно больше, но, замечает автор, «некоторые пациенты, однако, нуждаются в отдыхе и отстранении от болезненных переживаний, пока не будут способны к отреагированию». Мы видим, что эти подходы отличаются от вытекающих из теории влечений и принципа нейтральности, и Фенихель особо подчеркивает: «Правильное соотношение катарсиса и успокаивающие мероприятия — главная задача терапии, конкретные техники не столь важны». Так и хочется поставить восклицательный знак для тех ремесленников от психотерапии, которые бесконечно восклицают: «А как же терапевтические границы?», «А как же нейтральность?» и т. д.

В заключение этого раздела Фенихель отмечает, что в случае появления психотических компонентов требуются дополнительные мероприятия, мы сейчас могли бы добавить: как терапевтического, так и психофармакологического порядка. Апеллируя к работе Кардинера [115], Фенихель далее пишет, что в некоторых случаях травматические неврозы не имеют «тенденции к спонтанному излечению», и в этих случаях наблюдаются постепенное ослабление умственных способностей, снижение интереса к внешнему миру и уход от любых контактов с реальностью. «В результате личность скатывается на очень низкий уровень, к примитивной жизни, и пациента можно сравнить с некоторыми психотиками». И приведем последнее замечание этого выдающегося автора: «При травматических неврозах показано раннее лечение, пока изменения, причиненные травмой, не наложили отпечаток на личность» [73].

В последующем, когда мы обратимся к современному психиатрическому и психологическому знанию о посттравматическом стрессовом расстройстве, мы увидим, как много из этого было заимствовано, и в этом не было бы большого греха (присвоение идей или переоткрытие их по незнанию случается в науке нередко), если бы при этом не было утрачено множество нюансов.

Глава 10
Внутренний мир травмы

Я не отношусь к специалистам в области аналитической психологии Карла Г. Юнга, поэтому знакомство с подходами Дональда Калшеда [16], написавшего книгу о внутреннем мире психической травмы, оказалось для меня непростым. Каждая теория имеет свой язык, и существуют феноменологии, которые не могут быть объяснены вне их смыслового поля, — в итоге в изложении этой работы мне многое пришлось опустить, а что-то — домыслить. Но книга Калшеда с 2001 года существует на русском языке, и каждый может восполнить этот пробел, так же как и найти различия в наших подходах.

Вслед за Фрейдом Калшед констатирует, что психическая травма вызывается не только внешними событиями. Но затем начинается внутренняя работа психики, и этот процесс имеет весьма специфическую динамику: а) психика трансформирует внешнюю травму во внутреннюю «самотравмирующую силу»; б) одновременно происходит малигнизация *(От malignus (лат.) — вредный, гибельный. В медицине термин используется для обозначения патологически измененных свойств клеток злокачественной опухоли. Должен отметить, что сам Калшед использует термин «пролиферация», т. е. разрастание ткани путем новообразования клеток)* («озлокачествение») защит, которые из системы самосохранения психики превращаются в систему ее самоуничтожения. Нужно подчеркнуть, что Калшед говорит о переходе обычных защит (психики цивилизованного человека) на примитивный уровень «архаических» (архетипичес-ких) защит, которые отличаются высокой сопротивляемостью к изменениям (так как и уровень организации психики в целом глубоко регрессирует). Поэтому обращение к рациональной части психики оказывается весьма затруднительным, если не бесперспективным, — до тех пор, пока не будет установлено минимальное доверие. Таким образом, при психотерапии острой психической травмы самыми важными становятся понимание и сострадание. В некотором смысле, по аналогии с медицинским определением физической травмы, не совместимой с жизнью, мы могли бы говорить о ментальной травме, не совместимой с психической жизнью цивилизованного человека. В результате эта психическая жизнь редуцируется до минимальных или стереотипных реакций, наиболее ярко проявляющихся в утрате смыслов. Учитывая это, мы должны признать, что после первого этапа терапии (демонстрации искреннего понимания и сострадания) основной терапевтической задачей становится постепенное восстановление нормальных защит (в отличие от их малигнизированных форм) с последующим переходом к

восстановлению смыслов существования (на предыдущих этапах обычно отрицаемых).

Понятие «травма» в данном случае используется для обозначения любого переживания, которое вызывает непереносимые душевные страдания. А определение «непереносимые» применимо всякий раз, когда обычных защитных механизмов психики (конкретной личности) оказывается недостаточно. Эта идея была впервые сформулирована Фрейдом в тезисе о «защитном экране» и подразумевает, что уровень непереносимости является глубоко индивидуальным, включая, например, неудовлетворение потребностей ребенка, в том числе — в любви (в результате чего может развиваться состояние, которое Д. У. Винникотт назвал «примитивной агонией» [8], а Х. Кохут — «тревогой дезинтеграции» [24]).

Напомним, Фрейдом еще на ранних этапах развития психоанализа была сформулирована гипотеза о том, что между внешней реальностью и психической реальностью всегда существует некое подобие «экрана», который выполняет охранительную функцию, не допуская определенные мысли и переживания на уровень сознания. Существование «защитного экрана» в последующем было общепризнано и обосновывалось тем, что внешняя реальность в ряде случаев предъявляет непосильные требования к психике и поэтому последняя вырабатывает системы защит, часть из которых генетически предопределена, а часть формируется в процессе жизни и развития, то есть относится к приобретенным психическим образованиям.

Фрейд считал, что важнейшей (для психопатологии) формой защиты является вытеснение, то есть перевод неприемлемых для личности психических содержаний из сознательной сферы в бессознательное и удержание их там. Эта форма защиты иногда определялась как «универсальное средство избегания конфликта» — неприемлемые воспоминания, мысли, желания или влечения вообще устраняются из сознания (но они все равно есть в психике).

К другим широко известным (даже на бытовом уровне) формам психических защит относятся:

— рационализация — или псевдоразумное объяснение своих поступков, желаний, комплексов и влечений (например, пациентка, тяжело страдающая от одиночества, в процессе многочисленных сессий систематически обращается к обоснованию одного и того же тезиса: «Слава Богу, у меня нет детей! Но так уж получилось: вначале муж не хотел, потом не было квартиры» и т. д.);

— проекция — то есть приписывание другим людям вытесненных переживаний, черт характера и собственных (скрываемых от себя и чаще — социально неприемлемых) намерений или недостатков (очень эгоцентричный и эмоционально холодный пациент, не способный испытывать искренние чувства, заявляет: «Большинство людей эгоисты, и им совершенно нет дела до других!»);

— отрицание — когда любая информация, которая тревожит или может привести к внутреннему конфликту, просто не воспринимается, от нее как бы «отворачиваются», ей «не доверяют» (например, большинство заядлых курильщиков считают, что данные о злокачественных опухолях у приверженцев табака многократно завышены); — замещение — реализуется преимущественно путем смены цели действия и (или) знака эмоций (восьмилетний ребенок, испытывающий злость и ревность по отношению к родителям, полностью переключивших свое внимание на новорожденного брата или сестру, начинает ломать свои игрушки, перенося на них свою бессильную агрессию к родителям). Однако если эти защиты не срабатывают, проявляется «вторая линия защит», основное предназначение которых состоит в том, чтобы непереносимая травма вообще не была пережита, происходит не переработка неприемлемой реальности, а уход от нее. Эти защиты в рамках психоаналитического подхода определяются как «примитивные», и тогда мы наблюдаем у наших пациентов такие симптомы, как расщепление (вплоть до шизофренического спектра), трансовые состояния (*Transe (фр.) — ужас, транс, экстаз — от transir — цепенеть — разновидность амбулаторного автоматизма, когда пациенты совершают какие либо действия, например даже путешествия, но затем не могут вспомнить — как и почему они оказались в этой местности)* , множественные идентичности, проявления оцепенения или аутизма и т. д. В психиатрии эти синдромы обычно описываются как тяжелые формы психопатологии, но в психоанализе их обычно рассматривают не как следствие, а как причину того, что позволяет относить таких пациентов к категории «больных». Здесь я еще раз вернусь к моему тезису о защитной реакции на психическую травму, не совместимую с жизнью, ибо в таких случаях той личности, которую окружающие знали до появления такого варианта страдания, уже нет. Но в отличие от физической травмы, не совместимой с жизнью, эта утрата не безвозвратна.

При тяжелой психической травме эти патологические паттерны в первую

очередь проявляются в сновидениях, где опытный специалист легко обнаружит все признаки этой «второй линии защит», призванных отреагировать травму и предотвратить аннигиляцию личности. Примечательно, что сны будут больше и садистически ярче выполнять эту функцию до тех пор, пока горе не будет излито, а страдающий — не будет выслушан. Мы только начинаем понимать то, как функционирует психика и каким образом происходит «собственная работа горя», поэтому мы еще не можем претендовать на мгновенное исцеление в случаях психической травмы и должны следовать за естественными механизмами ее проработки, то есть — прежде всего — слушать. Слушать, одновременно отмечая, как одна часть психики пытается сохранить вторую, и их единство. Калшед вслед за Юнгом называет это внутренними «диадными отношениями», состоящими из персонифицированных «существ». При этом одна часть Эго регрессирует, вплоть до раннеинфантильного состояния, а вторая — наоборот, прогрессирует, вследствие чего, например, при психической травме в юном возрасте происходит быстрое взросление. Эта условно позитивная составляющая обычно приводит к повышению социальной адаптации, но может провоцировать и формирование «ложного Я» или, говоря общепсихологическим языком, «ложной личности» (точнее — отщепленной части личности). В последнем случае «прогрессирующая часть» начинает опекать «регрессировавшую», что неизбежно будет провоцировать новый внутриличностный конфликт.

Юнгианская психология, где мифопоэтический язык и представления об архетипических образах являются общепринятыми, предлагает более конкретную интерпретацию сюжетов сновидений. С учетом обосновываемых в рамках этого направления подходов регрессировавшая часть личности обычно представлена в сновидениях в виде юных, уязвимых, невинных (чаще — женского рода) созданий — детей или животных, при этом, как правило, нуждающихся в защите или испытывающих страх или стыд. Прогрессировавшая часть личности, наоборот, проявляется в сновидениях в форме могущественных сил или существ, которые защищают или преследуют, или удерживают в каком-то замкнутом пространстве (в данном случае можно думать и о первой — уязвимой — части личности, удерживаемой от распада).

Психотерапия пациентов, перенесших психическую травму, всегда очень трудна. И прежде всего потому, что сопротивление (и здесь стоит полностью согласиться с Д. Калшедом), не демонстрируемое, как мы обычно привыкли

говорить, а «возводимое системой самосохранения пациентов», — поистине «легендарно» [16]. Хотя то же самое говорил Фрейд, называя это сопротивление, делающее аналитическую работу невозможной, «демоническим» и считая его одним из проявлений влечения к смерти [78]. Последнее, как известно, вовсе не является только метафорой и имеет массу эквивалентов, о чем хорошо известно психотерапевтам и психологам. Следует отметить также, что со времен Фрейда психоанализ проделал огромный путь, и сейчас в нем уже нет того пессимизма в отношении работы с примитивными формами сопротивления и защит, как это было в начале прошлого века.

В качестве самостоятельных феноменов защитного характера заслуживают упоминания еще два аспекта внутреннего мира травмы, в частности синдром навязчивого повторения (в том числе — в виде снов, воспоминаний и поведенческих реакций) и одновременно всегда присутствующий «мотив»: «Это никогда не должно повториться!» Наиболее часто этот мотив проявляется в отношении ситуаций, в которых было пережито чувство беспомощности в сочетании с неизбежностью угрозы или смерти (что в последующем может порождать все формы ограничительного или «избегающего» поведения — конкретных мест, ситуаций, отношений, фильмов, мыслей, ассоциаций и т. д.). Здесь позволительно высказать предположение, что одними из форм такого «избегания» (в частности, мыслей или воспоминаний) могут быть алкоголизм, наркомания, а также игровая зависимость.

Один из главных выводов, который делает Калшед, состоит в том, что «травмированная психика продолжает травмировать саму себя» [16], более того — эти люди постоянно обнаруживают себя в жизненных ситуациях, в которых они подвергаются повторной травматизации. Недостаточно квалифицированная психотерапия может оказаться одной из таких ситуаций и, несмотря на желание терапевта изменить жизнь пациента к лучшему, может полностью разрушить его надежду хотя бы немного уменьшить тяжесть страдания и обрести смысл существования.

Чтобы не возвращаться к аналитической психологии и ее роли в изучении психической травмы, следует отметить, что и Фрейд, и Юнг сходились в том, что в основе симптомов психического страдания всегда лежит некий болезненный аффект, который — и это очень важно понять — находится в психике в особом «связанном», непереносимом и поэтому — отщепленном от воспоминаний состоянии. Несколько упрощая: аффект существует как бы сам

по себе (где-то в «глубине»), а воспоминание — само по себе (в сознании); хотя их связь все-таки присутствует, но в «заблокированном» виде; и именно этот «блок» становится «ядром» психопатологической симптоматики. Отсюда следует, что терапия успешна только в случае реконструкции травматической ситуации в безопасных условиях и восстановления нарушенных психодинамических связей с высвобождением аффекта (и ликвидацией «блока»). Я не уверен, что те, кто не имеет солидной психоаналитической подготовки, воспримут даже упрощенный вариант этого пояснения, но хотел бы надеяться. И еще одно примечание: ставшее модным в современной психотерапии понятие «реструктуризация травматического опыта» как раз и предполагает этот вариант терапевтической работы, но не в форме «кавалеристской атаки» на и без того травмированную психику пациента, а лишь в процессе (скорее - в конце) достаточно длительной терапии, описывать все этапы которой для специалиста-аналитика нет необходимости, а для неспециалиста — нет смысла.

А. Грин не упоминает об этом, но в ряде случаев эти «успехи» (с ориентацией на достижение) могут реализоваться и в асоциальной сфере — хулиганство, преступность, наркотики и т. д. — М. Р.

Глава 11
Вторичные психические травмы

До Бесланской трагедии мы предполагали, что утрата ребенка — это весьма редкое событие, преимущественно индивидуального «порядка», и не так уж много специалистов систематически занимались этой проблемой. Сказывалось, вероятно, и ощущение стыдливости и даже некоторой брезгливости, которые все мы, как справедливо отмечает французский аналитик М. Торок[72], испытываем при соприкосновении с интимным переживанием горя. Кроме уже упомянутой М. Торок, в этой главе я буду апеллировать к еще двум авторам французской школы — Андре Грину [11] и Анри Верморелю [7], работы которых представляются чрезвычайно интересными, особенно с точки зрения влияния утраты ребенка на семейный фон и ее проекции на других детей.

Я буду стараться максимально упрощать изложение идей этих авторов, и

если у кого-то, кто далек от психоанализа, возникнет желание пропустить эту главу, в этом нет ничего страшного, но обойти этот аспект, где теория травмы объединяется с теорией влечений, было бы неверно.

Когда человек кого-то любит, он частично инвестирует1 свое Я в любимый объект2, но большей частью (в силу естественного нарциссизма) — интроецирует3 любимый объект в собственное Я (вплоть до метафорического желания поглощения), и таким образом происходит расширение и, можно сказать, обогащение Я.

Утрата такого дорогого объекта, как ребенок, неизбежно включает механизмы его инкорпорации4, и родительское Я частично идентифицируется с этим утраченным объектом, что позволяет временно заполнить «пустоту» и отражает попытку восстановить нарушенное равновесие. Как пишет об этом М. Торок: «Не имея возможности устранить мертвого [из сознания. — М. Р.] и решительно признать: "его больше нет", скорбящий становится им для

1 *Инвестировать — вкладывать (в психоанализе — чувства, влечения, энергию).*

2 *Я должен пояснить здесь, что в психоанализе понятие «объект» имеет очень широкое и очень важное значение, в том числе как: «целостный объект», например личность матери (субъект); «частичный объект», например материнская грудь; «переходный объект», например соска, и т. д. А все происходящее между различными объектами описывается теорией объектных отношений, которая достаточно сложна и обширна, чтобы быть подробно раскрытой в этом примечании. Приведу только одно достаточно емкое определение 3. Фрейда: объект — «есть то, в чем или посредством чего влечение может достичь своей цели».*

3 *Интроекция — «переход» одного объекта, его свойств и качеств (на психологическом или фантазийном уровне) извне внутрь другого объекта.*

4 *Инкорпорация — процесс, посредством которого субъект (на психологическом или фантазийном уроне) «поглощает объект полностью» и удерживает его в себе.*

себя самого, давая себе тем самым время мало-помалу и шаг за шагом проработать последствия разрыва» [72]. В результате в процессе терапии родителей, утративших детей, мы не раз встречаемся с ситуациями, когда на наши вопросы отвечает не пациент, а инкорпорированный объект (утраченный ребенок). В некоторых случаях это происходит в абсолютно явной форме: выслушав вопрос, адресованный к нему, пациент отвечает: «Он бы вам ответил так...» — совершенно не замечая, что говорит от имени другого лица. Иногда пациент, казалось бы, сознает это, констатируя, что «он и сейчас живет во мне», но эта констатация чаще всего носит характер сопротивления (*Сопротивление (в психоанализе) — все, что не позволяет пациенту в процессе*

терапии проникнуть в свое бессознательное.) — и терапии, и реальности — и не является запросом, адресованным к терапевту, требующим удовлетворения.

А. Грин в своей блестящей работе «Мертвая мать» (1980) подробно анализирует внутреннюю картину родительского страдания и уже во введении к статье поясняет, что «мертвая мать здесь, вопреки тому, что можно было бы ожидать, — это мать, которая осталась в живых [после смерти одного из ее детей. — М. Р.]; но в глазах маленького ребенка, о котором она заботится, она, так сказать, мертва психически» [11]. Сравнивая состояние такой матери с тяжелой депрессией и как бы напоминая, что типичная ситуация горя обычно не рассматривается в качестве показания к терапии, далее автор пишет: «...Игнорирующий свою депрессию субъект, вероятно, больше нарушен, чем тот, кто переживает ее от случая к случаю» [11]. Грин справедливо отмечает, что в психоанализе на протяжении длительного периода времени наблюдалось явное пренебрежение проблемой такой «мертвой матери», и никем не исследовалась тоска по матери. Развивая представления о «комплексе мертвой матери» у ребенка, автор подчеркивает, что здесь речь не идет о реальной утрате объекта. «Основная черта этой депрессии [в данном случае ребенка. — М. Р.] в том, что она развивается в присутствии объекта, погруженного в свое горе» [11]. Кроме утраты ребенка, материнско-обусловленных причин для развития подобной депрессии у детей может быть множество: потеря любимого, превратности судьбы, развод, неизлечимая болезнь и т. д., но главным остается одно — постоянная грусть матери и утрата ее интереса к ребенку.

В качестве наиболее тяжелой ситуации Грин выделяет смерть другого ребенка, когда оставшийся в живых находился в раннем возрасте и не мог понять причину изменившегося отношения матери (к подобным ситуациям могут приводить также окруженные семейной тайной выкидыши, аборты). Причем изменение характера поведения и отношения матери происходит одномоментно и (для ребенка) — «вдруг», когда ничто не предвещало, что ее любовь будет утрачена. Вне сомнения — это тяжелейшая нарциссическая травма (*Нарциссизм (у ребенка) — принятие себя и любовь к себе как прообраз объектной любви (к другому))*, которая провоцирует нарушение процессов развития и идентификации, а также утрату их смыслообразующих мотивов, так как у ребенка, до этого чувствовавшего себя «центром материнской вселенной», нет никакого объяснения произошедшим переменам. Грин

высказывает предположение, что ребенок может воспринимать это разочарование как следствие своих влечений к объекту. Однако мой опыт показывает, что в ряде случаев этот негативный опыт находит более «веское» объяснение: «Я настолько плох (уродлив, отвратителен, мерзок), что меня невозможно любить». Отцы редко откликаются на беспомощность малолетних детей, и в итоге младенец оказывается «зажатым» между «мертвой матерью» и недоступным отцом, обычно — более озабоченным состоянием матери и преимущественно — отсутствующим. Предприняв сотни безуспешных попыток репарации (возвращения) «утраченной» матери, включая такие (реализуемые бессознательно) «приемы», как ажитация, бессонница, ночные страхи и т. д., Я ребенка прибегает в иным формам защиты.

Грин описывает два основных процесса, лежащих в основе такого защитного поведения: «дезинвестиция материнского объекта» и «неосознаваемая идентификация с мертвой матерью».

Первый процесс Грин характеризует как «психическое убийство объекта, совершаемое без ненависти», ибо ребенок боится причинить даже минимальный ущерб образу матери. В результате на нежной ткани объектных отношений матери и ребенка образуется «дыра», но они все-таки сохраняются, так как мать продолжает заботиться о ребенке, одновременно чувствуя себя бессильной любить его так же, как до погружения в горе.

Идентификация наступает после периода «комплементарного» (*Комплементарное — в данном случае: дополнительно-противоположное по эмоциональному знаку и реакциям)* поведения (ажитации, демонстрации своей резвости и веселости), который сменяется «симметричным» (зеркальным) отображением реакций матери как единственно возможным способом восстановления близости с ней (становясь не таким, как объект, а — по сути — им самим). Все это происходит бессознательно — без «ведома» Я субъекта и фактически против его воли, а сама идентификация носит отчуждающий характер. Став будущей жертвой навязчивого повторения (*Навязчивое повторение — неконтролируемый бессознательный процесс, при котором в самых различных ситуациях, относительно не зависимо от обстоятельств, субъект повторяет свой прежний поведенческий (эмоциональный и аффективный) опыт, будучи совершенно убежденным, что его поведение полностью обусловлено настоящим моментом.*8), такой субъект и во всех последующих отношениях будет активно (но бессознательно) дезинвестировать

любой объект сильной привязанности, представляющий угрозу разочарования, фактически утрачивая способность любить и принимать любовь другого.

По данным Грина, все это приводит к раннему формированию у ребенка эдипальных проблем и развитию «вторичной ненависти», проявляющейся в «регрессивной инкорпорации» и садистически окрашенной позиции: властвовать над «утраченным» объектом, унижать и оскорблять его, мстить ему. Пережив жестокий опыт зависимости от необъяснимых перемен в матери, взрослея, субъект будет прилагать особые усилия для предвосхищения событий. Его расколотое Я, возможно, откроет путь к художественному или интеллектуальному творчеству, но как бы ни были велики успехи9, в одном он навсегда останется предельно уязвимым — во всем, что касается его любовной жизни. Потому что у него нет для этого ни необходимых инвестиций, без которых невозможны длительные отношения, ни возможностей для глубокой вовлеченности, требующей прежде всего заботы о другом. Все его влюбленности оборачиваются чувством разочарования — либо объектом любви, либо собой, возвращая его к «привычному» состоянию бессилия что-либо изменить...

Не менее печальна и судьба старших детей, «все детство которых погружено в траур, с матерью, которая ставит в качестве идеального примера ребенка, умершего, порой, много лет назад» [7]. В заключение хочу добавить, что аналогичные явления наблюдаются и при наличии матери, пережившей преждевременную смерть собственных родителей, когда ее скорбь и обида остались неразрешенными и переносятся на все отношения с детьми, которые должны быть счастливы уже хотя бы потому, что у них есть мать. Но это также — «мертвая мать».

В этой краткой главе, как мне представляется, удалось передать около сотой части того, что содержится в оригинале. И тем, кто работает с подобными пациентами, я бы рекомендовал обратиться к первоисточнику.

Глава 12
Собственная работа горя

В России люди, пережившие психическую травму, не так часто обращаются за психотерапевтической или медицинской помощью. Обычно это происходит,

когда к психическому страданию присоединяется физическое, или же тревога и депрессия становятся настолько невыносимыми, что будущий пациент реально осознает, что «больше не может так жить» или находится на грани самоубийства. Причин такого отношения к психическим травмам много, но главная, как мне представляется, — культуральная. В процессе воспитания наши родители, безусловно из самых высоких побуждений, готовят нас только к бесконечному счастью, и было бы странно, если бы было наоборот. Поэтому к травмам и утратам большинство из нас оказываются неготовыми, и каждый вырабатывает навыки преодоления таких ситуаций самостоятельно, методом проб и ошибок, иногда роковых. Тем не менее, помня о том, что жизнь исходно травматична, мы должны признать, что даже в случаях горя, которое нельзя пережить, мы в конечном итоге приходим к малоутешительному выводу, что с этим придется жить. Но как специалисты мы должны знать, что в принципе любые травмы потенциально патогенны и никогда не проходят бесследно. К счастью, в большинстве случаев этот «след» делает нас мудрее, терпимее, сострадательнее, но для тех, кому повезло меньше, они могут стать причиной невыносимых страданий и провоцировать все известные формы психопатологии — от транзиторных до самых тяжелых. Причем в последних случаях эти реакции могут быть «отставленными», поэтому в принципе неважно, является травма «свежей» или произошла десятилетия тому назад.

Наиболее частой и самой тяжелой формой психической травмы является внезапная утрата близкого человека. Нужно особо подчеркнуть «внезапная», так как «типичные» утраты — родителей или супругов в преклонном возрасте, которые соответствуют естественному ходу событий, безусловно, также тяжело переживаются, но они в конечном итоге принимаются как неизбежные, хотя почти паранойяльная приверженность идеям о продлении жизни и бессмертии говорит о нашем протесте даже против этого варианта утрат. Увы, люди смертны, и даже человечество — смертно.

Из известных современных авторов наиболее адекватными психической травме представляются разработки Дж. Боулби [5]. Подробно исследовав более двух десятков случаев психических травм (*Это очень много — с точки зрения подробного исследования. Например, имея опыт группового обследования и включенного наблюдения более 1000 случаев после массовых психических травм, за все 30 с лишним лет практики я имел всего 6 пролонгированных случаев индивидуальной терапевтической работы после внезапной*

психической травмы), в частности у вдов, Дж. Боулби в 1961 году выделил несколько последовательных фаз в «собственной работе» горя, в частности:

1) фазу «оцепенения», которая длится от нескольких часов до недели и сопровождается интенсивными переживаниями страдания и гнева;

2) фазу «острой тоски и поиска утраченного объекта» с соответствующими поведенческими феноменами, продолжающуюся несколько месяцев и даже лет;

3) фазу «дезорганизации и отчаяния», психическое содержание которой раскрывается в ее наименовании;

4) фазу «реорганизации», то есть той или иной степени адаптации к жизни или, в более тяжелых случаях, — существованию без утраченного объекта.

В процессе первой фазы большинство обследованных реагировали на ситуацию ошеломленно, даже если она не было абсолютно внезапной, и были не способны принять это известие. Этот феномен следовало бы выделить в отдельную фазу «отрицания», так как первая реакция на внезапную психическую травму и поведенчески, и даже вер-бально очень нередко выражается «формулой»: «Нет! Этого не может быть!» В других случаях женщины, перенесшие внезапные утраты, были, казалось бы, совершенно спокойны и как бы ничего не чувствовали, но затем сообщали, что осознанно избегали своих чувств, так как опасались, что могут не справиться с ними или «сойдут с ума». Характерная особенность состоит в том, что обстоятельства получения трагических известий и сопутствующие им события обычно весьма смутно представлены в памяти, что наблюдалось и нами как в индивидуальных случаях, так и при массовых психических травмах.

В фазе «острой тоски» происходит осознание реальности утраты, сопровождающееся тревогой, беспокойством, иногда полной поглощенностью мыслями об утраченном объекте и оплакиванием своего горя в сочетании с некоторыми понятными, но иррациональными реакциями. К последним можно отнести, например, повторно появляющееся чувство, что «это — неправда», что «он — где-то здесь», поиск знакомого лица в толпе и т. д. Боулби отмечает, что все эти проявления не являются патологическими и должны рассматриваться как обычные свойства печали.

Апеллируя к собственному опыту и клиническим наблюдениям, в дополнение к сказанному отметим особое значение, которое для принятия утраты имеет непосредственное прощание с умершим. Если это невозможно, например в случаях «без вести пропавших» или неопознанных, даже если нет никакого

сомнения в том, что утраченный не может не быть в числе последних, потерявший близкого человека (несмотря на одновременное понимание тщетности надежды) будет охвачен бессознательным побуждением к бесконечному поиску, реагируя на каждую похожую фигуру, телефонные звонки, шаги по лестнице и т. д. и демонстрируя, таким образом, предрасположенность воспринимать любые стимулы, имеющие хотя бы формальное сходство с утраченным объектом, как подтверждающие его присутствие.

Описывая вторую фазу, Боулби также отмечает двигательное беспокойство, непрерывные мысли об утраченном объекте, особое внимание к связанным с ним предметам, внутренние или даже обращенные вовне призывы его возвращения, сопровождаемые плачем и — нередко — гневом, в том числе — в форме эмоциональных упреков умершему, который причинил столько горя. Автор особенно останавливается на чувстве гнева, которое в данной ситуации может показаться неуместным. Но тем не менее оно выявлялось в 82% изученных случаев. Объектами такого гнева являлись также родственники, священники, врачи и различные должностные лица, на которых в этих случаях переносилась часть или вся ответственность за преждевременную смерть. Как свидетельствуют наши исследования, в случаях массовых жертв по причине техногенных катастроф, а также терактов гаев еще более выражен, и часть его всегда направлена на представителей властных структур, которые не обеспечили необходимой защиты, даже если такое обеспечение было невозможным в принципе.

Достаточно характерна для этой фазы склонность к самобичеванию и демонстрации собственной вины в смерти близкого человека, включая воспоминания о каких-то малозначимых оплошностях, допущенных ошибках или неисполненных обещаниях и поручениях, обычно связанных с периодом, предшествующим смерти, а иногда — и всей жизни. Например, одна из моих пациенток (М. Р.) была непоколебимо уверена, что если бы ее муж в свое время не женился на ней, он, скорее всего, был бы еще жив, и, таким образом, не кто иной, как она является причиной его преждевременной смерти в автокатастрофе, когда он ехал именно к ней.

Из психиатрии и психоанализа мы знаем, что неизбывное чувство вины — это очень тревожный симптом, который в ряде случаев и достаточно быстро провоцирует развитие психического расстройства. К нашему счастью, хотя это

и слабое утешение, внезапные безвозвратные утраты в жизни каждого конкретного человека встречаются крайне редко, но одновременно с этим их вероятность почти никогда не прогнозируется, и как следствие мы оказываемся всегда неготовыми к ним, включая неготовность к их необратимости.

За пределами психоанализа все еще не так много внимания уделяется объектным отношениям, или тому, что на общепсихологическом языке можно было бы характеризовать термином «чувство привязанности», которое, по моим представлениям, относится к категории базисных психологических потребностей личности. Эта базисная потребность всегда более выражена в трудные периоды жизни, которых еще никому не удавалось избежать. Переживание утраты, как и травмы, естественно, возникает только в том случае, если ему предшествовало чувство искренней привязанности, и оно было достаточно сильным. С истечением определенного времени обычно находятся новые объекты привязанности, но происходит это не так быстро, и здесь вряд ли уместны советы по их срочному обретению или поощрение нереалистических ожиданий (как со стороны близких, так и со стороны терапевта). В своей работе «Тотем и табу» Фрейд писал, что «траур имеет совершенно точно определенную психическую задачу», и она должна быть выполнена. Психотерапевт здесь, если к нему прибегнут за помощью, на первом этапе может быть только тем, кто присутствует, тем, кому доверяют, а также тем, кто способен терпеливо слушать или даже просто быть рядом, помогая оправиться от утраты, замены которой нет и не будет. Почему эту роль не могут исполнять ближайшие друзья или родные? У меня нет однозначного объяснения, но есть совершенно четкие представления, что после психической травмы всегда есть потребность в ее вербализации, избирательно направленная на людей, которые не были ее непосредственными свидетелями или участниками, о чем еще будет сказано ниже.

Попытки соблюдать в этом случае психоаналитическую или любую другую нейтральность по отношению к человеку, который вынужден сражаться с судьбой, можно было бы назвать «терапевтическим садизмом», сравнимым с позицией надзирателя у камеры с человеком, запертым в своем прошлом. Этот тезис не имеет ничего общего с совместным оплакиванием, утиранием слез или нежным утешением — мы, конечно же, должны оставаться в терапевтической позиции и терапевтических границах. Но мы всегда должны уметь встать на место пациента, проявить симпатию и участие, попытаться понять его утрату и

увидеть ситуацию с его точки зрения; и только если пациент почувствует это, он сможет выражать те чувства, которые переполняют его, и которые, скорее всего, он никогда не мог выразить ранее, иначе он вряд ли оказался бы у нас.

Было бы большой терапевтической ошибкой приступать к немедленной «проработке» тяжелой утраты (и еще большей — делать это на основе теории влечений), так же как и пытаться вернуть пациента к реальности, предложив ему посмотреть на ситуацию объективно или дать ее интерпретацию. Это было бы прямой дорогой к «терапевтическому отчуждению». Можно не сомневаться, что такие попытки уже не раз предпринимались родными и друзьями; и у пациента, скорее всего, накопилось достаточно гнева на их непонимание. Он и так знает, что его утрата невосполнима, но он не может с ней смириться и принять этот опустевший для него мир. Он, скорее всего, все еще не переставил ни одной вещи в комнате ушедшего, хотя и понимает, что тот уже никогда не придет. И он все равно надеется. И какими бы нереалистичными ни казались эти надежды, мы не имеем права разрушать их, впрочем, как и поддерживать. Горе должно самостоятельно выполнить свою работу, а мы — довольствоваться лишь неблагодарной ролью свидетеля того, как оно сочится из душевной раны, но именно это присутствие другого позволяет пациенту когда-либо признать, что оно почти все «вышло», и примириться с реальностью. И только после этого терапевт может стать более активным и попытаться помочь пациенту восстановить утраченные равновесие, чувства и надежды, обращенные не только в прошлое, но и в будущее.

Эта «пассивная» роль терапевта нередко оказывается чрезвычайно тяжелой. Иногда она может быть просто невыносимой. Но это и есть то единственное, что мы можем предложить пациенту на первом этапе, так как для того, чтобы выразить свою кричащую боль, мучительное чувство одиночества, жалобную мольбу о поддержке и ужас покинутости вместе со слезами бессилия, ему нужна вначале та безопасная и принимающая атмосфера, где он может их открыто проявить, не опасаясь упреков за то, что он оказался в такой, не поощряемой современной культурой, унизительной ситуации бессилия и неспособности самостоятельно справиться у этой утратой. Если эти потребности выражения горя вовне не будут удовлетворены, у них не останется иного «выбора», как быть вытесненными, и мы знаем, что в этом случае их быстро заменят симптомы психопатологии или соматизации. А если терапевт оказался недостаточно принимающим и понимающим, пациенту придется искать другие

способы «заглушить» свое горе. Что удивительно — социум обычно снисходительно принимает «запивание» горя «горькой», но не готов принять обращенные к нему плач и мольбу о помощи. Объяснение этому, в принципе, найти нетрудно—в той же работе Фрейда «Тотем и табу» анализируются (существующие в некоторых племенах) запреты на общение вдов и вдовцов даже с другими членами семьи, ибо горе — заразно. И мы — психотерапевты — лучше других знаем, что феномен психического заражения — это не миф, и сами подвержены ему. Поэтому терапевтическая работа с горем всегда предполагает гораздо большую частоту супервизий в сочетании с индивидуальными и групповыми сессиями дебрифинга для самих терапевтов.

Эта глава названа «Собственная работа горя», хотя в психоанализе общепринятым является введенное Фрейдом понятие «работа скорби», впервые упоминаемое в статье о меланхолии [81]. Эта статья подробно анализируется в одной из моих предшествующих монографий [62] и, безусловно, лежит в основе упомянутых выше исследований Дж. Боулби [5], поэтому ограничимся только этими обобщениями и установлением приоритетов. Там, где на протяжении тысячелетий люди оставались в роли пассивных наблюдателей горя и постепенного уменьшения тяжких страданий, Фрейд первым увидел целостный психический процесс, имеющий свои закономерности течения и разрешения, увы, далеко не всегда успешного.

В итоге была разработана терапевтическая техника, которая была подобна и адекватна естественным механизмам функционирования психики и таким образом способствовала максимальной реализации этих механизмов в ситуации переживания травмы.

Глава 13

Общебиологические и общепсихологические закономерности травм

Уже в процессе работы над этой книгой мой американский друг и коллега профессор Генри Лотан предоставил мне ряд дополнительных идей для осмысления, которые позволили несколько расширить уже изложенные представления на основе сопоставления физических и психических травм, а также путем проекции этих общих закономерностей на большие группы людей и социум в целом. Эти идеи, с одной стороны — предыстория, а с другой —

обобщение, мне представляется уместным представить именно здесь, когда многие частности уже в той или иной мере были обозначены. Одновременно я попытаюсь расширить представления читателя о некоторых аспектах психоаналитической теории травмы.

В обыденном, впрочем как и в сугубо медицинском, понимании определение «травма» соотносится преимущественно с телесным повреждением или нарушением целостности тела, следствием чего является «раневой процесс», завершающийся выздоровлением или (в тяжелых случаях) приводящий к инвалидизации. Я уже достаточно давно изучал хирургию, но еще помню, что раны бывают открытыми и закрытыми, зияющими, асептическими и осложненными вторичной (присоединившейся) инфекцией, заживающими первичным или вторичным натяжением, не оставляющими последствий или завершающимися тяжелыми (келоидными) рубцами, требующими дополнительного хирургического вмешательства (с нанесением по сути новой раны, но уже в безопасных условиях хирургического отделения и при минимизации боли). Некоторые (легкие и поверхностные) травмы остаются фактически незамеченными. Любой психотерапевт найдет здесь множество аналогий. Но мы не должны упустить главное: основное различие между легкой и требующей лечения травмой заключается в том, был ли превышен некий порог воздействия и нарушен некий защитный «барьер» — тела или психики. И, безусловно, не случайно такой «барьер психики» получил у Фрейда первоначально метафорическое наименование «покрытия».

Апеллируя к общебиологическим закономерностям, мы не можем не вспомнить физиологическую концепцию Клода Бернара [89] о стабильности внутренней среды организма, получившую дальнейшее развитие в работах Уолтера Кеннона [96] о гомеостазе. Если сформулировать суть этих концепций предельно кратко: все, что нарушает стабильное состояние внутренней среды, вызывает реакцию, направленную на восстановление этого стабильного состояния. При этом попавшие в организм инородные тела и ткани отторгаются (и психоаналитик легко найдет еще одну метафорическую аналогию — «вытесняются»).

Примечательно, что Кеннон, будучи физиологом, существенно расширил диапазон своих исследований и гипотез, и вслед за его сугубо физиологическими работами последовали: «Телесные изменения при боли, голоде, страхе и ярости» [94], «Травматический шок» [95] и затем широко

известная — «Мудрость тела» [96], где физические, физиологические и психологические факторы рассматриваются как равнозначные.

Применив понятие гомеостаза к феномену испуга, Кеннон обобщенно интерпретирует реакцию на него также в поведенческих терминах: «бегство или борьба». Фрейд в своих теоретических подходах также исходит из принципа константности психики, которая, как и внутренняя среда организма, стремится к поддержанию стабильного состояния и характеризует реакции психики на внешние воздействия в терминах «удовольствия — неудовольствия» с естественным стремлением к первому и избеганием второго, крайним вариантом которого является душевная боль. Специфично, однако, что в отличие от физической травмы, которая всегда является внешней, психическая травма может иметь интрапсихическую природу, то есть фактически психика наносит травму сама себе («продуцируя» определенные мысли, чувства, воспоминания, переживания и аффекты). И второе существенное отличие — психическая травма невидима, в некотором смысле — неверифицируема и объективизируется для окружающих лишь по ее «косвенным» признакам (вербальным, мимическим, идеомоторным и поведенческим).

Главным — и клиническим, и бытовым — признаком травмы является боль, причем и для физической, и для психической травмы. При этом интенсивность душевной боли, которую, как и физическую, мы пока не умеем измерять, ничуть не меньше, скорее наоборот: она может буквально разрывать тело на части, человек корчится и кричит от этой боли, наносит себе физические повреждения, страдание от которых ничто по сравнению с болью психической. Иногда он готов даже убить себя — лишь бы избавиться от этой боли *(И здесь у меня возникает неожиданная ассоциация: как странно, что, имея одну из самых развитых в мире хирургических и травматологических служб для пострадавших от физических травм, мы все еще с таким унизительным пренебрежением относимся к травмам психическим).*

Рефлекторная реакция на физическую боль — отстранение, избегание, бегство. Но основная функция боли все-таки информационная — она сообщает нам, что произошла травма, и одновременно запускает механизмы, направленные на исцеление или обеспечивающие выживание, а также формирует соответствующий опыт («защитные поведенческие реакции») для предотвращения подобных эксцессов в будущем. Психическая боль также

информирует о чем-то. О каком-то внешнем или интрапсихическом неблагополучии. Впервые теория травмы, как уже отмечалось в предшествующих главах, появляется в 1893 году в «Предуведомлении» Фрейда и Брейера к книге «Исследование истерии», которая только через 112 лет была впервые полностью издана на русском языке, и я уверен, что эта работа, определившая целую эпоху в современной психиатрии и психологии, все еще незнакома подавляющему числу специалистов. Примечательно, что все исследования Фрейда и Брейера базировались в тот период исключительно на «обыденных жизненных ситуациях» или, как сказали бы сейчас — «бытовой психической травме», нюансы которой столь малы, что разглядеть их общие закономерности можно было только через призму гениальности. В этой же работе впервые описываются психологические защиты, в частности — феномен вытеснения. Уже после Первой мировой войны, легализовавшей понятие травматического невроза, Фрейд вновь возвращается к концепции травмы в работе «По ту сторону принципа удовольствия» [78], которая в 70-х годах XX века стала одним из основных источников для разработки диагностических критериев посттравматического стрессового расстройства (DSM-III). Мы можем сколько угодно гордиться нашими современными достижениями, но знаниями о том, что наши пациенты страдают преимущественно от воспоминаний, что для исцеления необходимы воспроизведение травмы как бы «здесь и сейчас» и ее отреагирование с разрядкой заблокированных эмоций, что психическую травму может вызвать любое переживание, провоцирующее аффект, и прежде всего — ситуации утраты, страх и стыд, что исход пережитого всегда зависит от уязвимости конкретного человека, что ряд мелких или частичных травм может суммироваться и затем оказывать кумулятивный эффект, — всем этим мы обязаны Фрейду.

Вне психоанализа нередко весьма примитивно воспринимается введенное Фрейдом гипотетическое понятие «психической энергии». Для пояснения обратимся к лекции, которую Фрейд провел в Венском медицинском обществе в 1895 году. С высоты современного знания мы увидим здесь и то, как теория Клода Бернара, с которым Фрейд поддерживал теплые отношения, была применена для объяснения психических феноменов, и то, как более позднее открытие физиологического гомеостаза уже упомянутым Уолтером Кенноном [94] фактически в завершенном виде было подготовлено Фрейдом (я

постараюсь здесь изложить эти открытия современным языком).

Если человек получает какое-либо яркое впечатление (позитивное или негативное — несущественно), в его психике увеличивается «нечто», что Фрейд называет «суммой возбуждений». И тут же начинают действовать механизмы (реализуемые интрапсихически и обеспечивающие отреагирование вовне), направленные на уменьшение этой «суммы возбуждений» в интересах сохранения психического гомеостаза. Например, если человека ударили, он, чтобы снизить возбуждение, скорее всего, нанесет ответный удар, и это принесет ему некоторое облегчение. Но реакция может быть и иной, особенно если нанести ответный удар некому (например, при стихийном бедствии), и тогда ответной реакцией могут быть плач, чувство бессильной ярости и т. д. Но реакция присутствует всегда, и чем интенсивнее травма, тем сильнее ответное внешнее действие или внутреннее переживание (*С точки зрения психопатологии особое значение имеет аффект, который не мог быть отреагирован («выплеснут») и остался подавленным).*Далее Фрейд приводит известную фразу о том, что тот человек, который впервые поразил своего врага вместо дротика бранным словом, был основателем цивилизации, и констатирует, что слова могут заменять собой дела, а применительно к внутренним переживаниям — являются единственным эквивалентом и заменителем. И дополним — таким образом позволяют осуществлять разрядку чрезмерного психического возбуждения.

Мы по-прежнему не сильно продвинулись в понимании того, что же есть это увеличивающееся в психике «нечто», но более чем 100-летняя практика психоанализа (впрочем, как и всех других методов психотерапии) подтверждает правоту Фрейда и реальность открытых им механизмов. Это и составляло первую и самую главную модель психоанализа, которая остается ведущей и преобладающей до настоящего времени. Вторая модель была воспринята более скептически; в частности, имеется в виду концепция «либидо», в котором большинство склонны видеть почти исключительно сексуальный смысл, в то время как речь идет преимущественно о «жизненной энергии» и о том, что в совокупности может быть охарактеризовано как «влечение к жизни» (*Примечательно, что через некоторое время как после индивидуальных, так и после массовых психических травм сексуальность потерпевших, как правило, существенно увеличивается и одновременно «растормаживается», проявляясь в промискуитетном поведении, появлении или*

росте проституции, семейных драм и т. д., что нами наблюдалось и в Белоруссии после Чернобыльской катастрофы (1986), где радиоактивное заражение было минимальным (а травма населения была в значительной степени чисто психологической), и в Армении после Спитакского землетрясения (1988)). Третья терапевтическая модель принадлежит уже современности и связана с межличностными («объектными») отношениями, которым в настоящее время посвящены сотни работ.

Вернемся еще раз к этому увеличивающемуся «нечто». В тех случаях, когда возросшая «сумма возбуждений» не может быть отреагирована (в том числе — вербально), начинают функционировать защитные механизмы, главным из которых является вытеснение (в данном случае имеется в виду вытеснение из сознания переживаний, о которых, по образному выражению Фрейда, и забыть нельзя, и помнить — невозможно). Как «функционирует» вытеснение? Поскольку «сумма возбуждений» присутствует и не может быть отреагирована, защитные механизмы трансформируют эту энергию в «нечто соматическое». Происходит то, что в психоанализе получило название «конверсии». Так как нам по прежнему неизвестно объективное содержание этого «нечто», то — весьма условно — можно сказать, что происходит преобразование «психической энергии» в «нервную энергию» или «энергию иннервации органов или тканей», и при этом — необычной иннервации (можно сказать — «искаженного типа»), разрядка которой осуществляется в соматической сфере. Для большинства конверсионных симптомов характерно символическое значение, что находит свое тысячекратное подтверждение в практике: обида, которую человек не смог «проглотить», может вызывать нарушения именно в сфере глотания; то, что другой не смог «переварить», проявится в симптомах заболевания желудочно-кишечного тракта; принятое «близко к сердцу» будет иметь ту же локализацию; а за нарушениями речи нередко скрывается то, о чем невозможно рассказать, или тяжелая психическая травма, полученная в довербальный период развития ребенка, которая исходно вообще не могла быть осмыслена и выражена словами (в разделе, посвященном массовой психической травме, мы увидим реальные примеры именно такого «отреагирования»).

Фрейд еще в клинике у Шарко обращает внимание на то, что некоторые параличи или случаи утраты чувствительности поражают отдельные части тела не в соответствии с анатомическими границами иннервации (как это бывает

при повреждении нервов), а по тем границам, которые существуют в обыденном сознании.

Несмотря на то что соматизация способствует (пусть и патологическим путем) разрядке возникшего психического напряжения, в той инстанции психики (опять же — гипотетической), где произошла «трансформация» одной энергии в другую, формируется специфическое «ментальное ядро» или «пункт переключения», ассоциативно связанный со всей имеющейся в памяти «атрибутикой» полученной психической травмы. И это «ядро» будет активизироваться всякий раз, когда будет появляться любой стимул, хотя бы отдаленно напоминающий полученную ранее психическую травму, одновременно запуская патологические механизмы отреагирования. И здесь мы находим еще одно объяснение более поздних разработок Фрейда, в частности феномена «навязчивого повторения». Таким образом, травма не может существовать без памяти, а наши пациенты страдают преимущественно от воспоминаний и патологических паттернов поведения, реализуемых бессознательно. А наша терапевтическая задача состоит в том, чтобы «сделать бессознательное сознательным», а мучительное прошлое — тем, что может быть забыто.

Фрейд отмечал, что наши пациенты не только постоянно находятся в плену болезненных переживаний далекого прошлого, но и отчаянно цепляются за них, потому что они обладают некой особой (пусть и трагической) ценностью (*Очень демонстративен пример одной из моих пациенток, которая, находясь в полном отчаянии от горя, несмотря на то, что я не предпринимал никаких побуждающих ее к чему-либо интервенций, кричала во время сессий: «Не смейте прикасаться к этим воспоминаниям! Они — мои!» — М. Р.)*

В ряде случаев пациенты не только не могут освободиться от этого (пугающего или даже мерзкого) прошлого, но готовы ради него отказаться от настоящего и будущего — и вообще от всего, что происходит в реальности. Происходит то, что Фрейд назвал «фиксацией» на травме, которая может простираться на многие месяцы и годы, а иногда — на всю жизнь. Эту точку фиксации не так уж просто найти, даже имея солидную терапевтическую подготовку. Она всегда глубоко индивидуальна. И даже в тех случаях, например, когда массовая травма вроде бы одна и та же на всех, точки фиксации все равно будут разными, потому что у каждого травмированного есть своя (предшествующая травме) история развития, собственный

(неповторимый) аффективный фон и свое особое восприятие реальности, вернуть пациента к которой (или освободить его от оков прошлого) — составляет самостоятельную терапевтическую задачу.

Я не уверен, что мне все удалось в этом разделе, но надеюсь, что мои читатели, включая специалистов, будут снисходительны к существенным упрощениям или недостаточной убедительности аргументов. Вне сомнения, большинство из них трудно понять и принять, но лишь до тех пор, пока вы не встретите их ежечасное подтверждение в своей терапевтической практике.

Часть II
Посттравматическое стрессовое расстройство

Глава 14
Посттравматическое стрессовое расстройство (как частный случай психической травмы)

Меня, впрочем как и автора книги «Мир психической травмы» Д. Калшеда, искренне удивило, что ведя свою «родословную» от начала научного периода изучения психической травмы, психоанализ впоследствии почти 100 лет страдал «своего рода профессиональной амнезией относительно этого предмета» [16: 23], что, естественно, привело к множеству «заимствований» (без ссылок на приоритеты). Это явилось причиной существенного упрощения и понимания, и подходов к терапии психической травмы.

Возобновление исследований, посвященных психической травме, в значительной степени связано с одной из наиболее непопулярных войн, а именно — американо-вьетнамской войной, в которой США не удалось победить *(О психологической специфике непопулярных и непобедоносных войн более подробно рассказано в главе 23 данного издания «Психопатология героического прошлого» (с. 225—237)).*

И именно с высокой частотой последствий боевой психической травмы у американских ветеранов Вьетнама связано появление того, что сегодня всему миру известно под названием PTSD (Post Traumatic Stress Disorder), русским эквивалентом которого является Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР).

Я еще раз напомню то, о чем говорилось в самом начале. Еще в 80-е годы

XIX века военные врачи обратили внимание на появление у солдат своеобразного синдрома психического «истощения», который появлялся вследствие тяжелого переживания индивидуального или группового стресса. По этому поводу было много дискуссий, но при всем многообразии мнений в конечном итоге довлеющими оказывались достаточно примитивные представления о том, что «настоящие солдаты должны сражаться, не испытывая страха». Поэтому во всех подобных случаях говорилось не о психической травме, а о «боевом истощении», а единственным и достаточным способом «лечения» этого истощения считалась временная переброска в тыл, после чего солдаты вновь возвращались действующие части.

Характерно, что о травматическом психическом синдроме, для описания которого использовались самые различные определения, не хотели говорить не только военные. Например, почти в это же время в Англии был описан «железнодорожный синдром», который проявлялся у пострадавших в железнодорожных катастрофах даже при отсутствии у них каких бы то ни было физических травм. Чуть раньше (1876) появилось понятие «сердце солдата» (по автору — «синдром Де Коста»): оно включало в себя симптомы испуга, сверхбдительности и аритмию сердца и просуществовало под этим «соматическим» наименованием вплоть до окончания Первой мировой войны. И хотя мы видим, что как минимум два ведущих симптома относились к психическим расстройствам, представления об обязательности органической природы страдания оставались преобладающими.

М. Фридман [106], статьи и книги которого были чрезвычайно популярны в США в 90-х годах XX века, приводит малоизвестные данные, согласно которым в процессе Первой мировой войны «синдром хронического переутомления» был диагностирован у 60 000 британских военных, при этом 44 000 из них покинули вооруженные силы, так как больше не могли принимать участие в боевых действиях, то есть — инвалидизация по этому синдрому достигала 73%! И, вероятно, эта цифра занижена, так как во время Первой мировой войны появляется еще одна новая форма боевой патологии — «контузия», которая могла «поглощать» часть боевой психической травмы. Учитывая такой объем психопатологии, мы не можем исключать и механизмы психического заражения, которые хорошо известны с времен Э. Крепелина [26] и, если обратиться к современности, приобретают особое значение в эпоху масс-медиа, о чем еще будет сказано в главе 24. О том, какими методами осуществлялось

«лечение» таких синдромов уже упоминалось в разделе, посвященном Фрейду и неврозам военного времени.

Во время Второй мировой войны терминология немного модифицируется, и вводится такой диагноз, как «боевое переутомление», который применялся к солдатам, если у них наблюдались тяжелый стресс и повышенная тревожность, препятствующие ведению боевых действий. Но в большинстве случаев тактика «лечения» оставалась прежней — временный отвод в тыл с последующим возвращением на фронт.

Необходимость учета и жесткой классификации (все более нечетких) психических расстройств явилась основной причиной создания в 1952 году (в США) первого Диагностического и статистического справочника по психическим заболеваниям, сейчас (после многочисленных пересмотров и всемирного признания) более известного нам как DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders). Иногда его называют также библией психиатрии, так как без апелляции к нему в наше время не ставится ни один психиатрический диагноз. То, что сейчас известно нам как ПТСР, в 1952 году еще не обозначалось как психическая травма, а упоминалось в этом справочнике как «синдром отклика на стресс» вследствие «резкой стрессовой реакции». Здесь, безусловно, сказывались популярность (в то время — еще новой) физиологической теории Ганса Селье [65] и приверженность старым представлениям о невозможности неорганической природы психических страданий (*Это относилось ко всей мировой психиатрии. Например, один из виднейших отечественных психиатров 60-х годов XX века писал, что концепция Селье способствует углублению наших знаний о соматических основах шизофрении, но не может объяснить сущность болезненных проявлений. [Увы, не сильно поспособствовала и ничего не объяснила, что ни в коей мере не снижает ценность теории стресса для физиологии. — М. Р.])*

В 1968 году во втором издании (DSM-II) расстройства, связанные с психической травмой, были объединены в категорию «ситуационных расстройств». В отечественной психиатрии того же периода они обозначались как «реактивные состояния», «реактивные психозы», «шоковые психогенные реакции» [23: 344-345], иногда называемые также «эмоциональными» неврозами, которые мало чем отличались от вошедших в DSM-II «ситуационных расстройств». Характерно, что уже в тот период, хотя соматическая природа психических нарушений еще не подвергалась сомнению, ряд отечественных

психиатров, пусть косвенно, но обходили это табу даже в учебниках по психиатрии. В частности, при обсуждении психогенных неврозов и психозов отмечалось, что они «возникают при внезапных сильных потрясениях, тяжелых известиях, в обстановке, угрожающей жизни, одним словом, при всех тех обстоятельствах, которые по силе воздействия на человека могут вызвать так называемую эмоцию-шок (землетрясение, катастрофа на транспорте, ужасающее зрелище, пожар в многолюдном помещении и т. д.)» [23: 344]. Самое главное здесь, на что хотелось бы обратить внимание, — упоминание в едином контексте таких событий, как «землетрясение» и «ужасающее зрелище» *(Вообще, когда перечитываешь удивительной глубины ранние работы российских психиатров советского периода, невольно возникает ощущение, что, демонстрируя показной материализм и приверженность постановлениям ВКП(б) и «Павловской сессии» Академии наук СССР, они имели гораздо более широкий взгляд на психические расстройства, но, поскольку говорить и писать об этом было небезопасно, те, кто шел за ними, восприняли только «верхушку айсберга», считая что она-то и есть вся психиатрия. Таким образом, следовало бы признать, что «карательная психиатрия» — это не только «сугубо советское» явление. Мной уже не раз отмечалось, что всякий раз, как только мы соприкасаемся с проблемами психики и сознания, мы тут же вторгаемся в сферу идеологии, и не только при решении проблем идеализма—материализма)*. Не могу не упомянуть и яркое клиническое описание теми же авторами «эмоционального паралича» и «реактивного возбуждения», которые мне неоднократно приходилось наблюдать в очагах массовых психических травм. Эмоциональный паралич: «Все чувства на какой-то момент атрофируются, человек становится безучастным и никак эмоционально не реагирует на происходящее вокруг. В то же время его мыслительные способности почти полностью сохраняются, человек все видит, все замечает, но, нередко несмотря на смертельную опасность, за всем наблюдает как бы со стороны». Реактивное (психогенное) возбуждение: «Характеризуется внезапно наступившим хаотическим, бессмысленным двигательным беспокойством. Человек мечется, совершает массу ненужных движений, бесцельно размахивает руками, кричит, молит о помощи, не замечая подчас при этом реальных путей к спасению. Иногда бросается бежать без всякой цели..., нередко в сторону новой опасности. Если несколько человек охвачены таким психогенным возбуждением, то подобное явление называется паникой». И

далее: «Реактивное возбуждение, так же как и ступор, сопровождается состоянием помраченного сознания и последующей амнезией. При шоковых реакциях характерны и вегетативные нарушения в виде тахикардии, резкого побледнения, потливости, профузного поноса» [23]. Как представляется, на фоне изложенного в этом абзаце становится более понятным, почему психиатрия уделяла так много внимания боевым неврозам, методам их профилактики и терапии...

После этого представляющегося важным отступления вернемся в середину 60-х годов XX столетия, к разработкам единой классификации психических расстройств, включая те, которые возникали в процессе и после участия в боевых действиях, ибо легализация психической травмы в медицинской науке (отчасти — вынужденная) связана именно с этим периодом.

Вьетнамская война еще продолжалась (1959—1975, США участвовали в войне с 1964 по 1973), ветеранов было много (*За весь период войны погибло 56 555 американских военнослужащих и 303 654 человека получили ранения)*, а недовольства в обществе по поводу непопулярной войны — еще больше, и по понятным причинам официально провозглашалось, что психические расстройства, связанные с участием в боевых действиях, не могут длиться более 6 месяцев после их прекращения. А если они длятся дольше, то значит, это либо нечто другое (то есть — «новое», появившееся уже в период мирной жизни), либо «обострение» психопатологии, которой человек страдал и ранее (до войны), а следовательно, это «ситуационное расстройство» не связано со службой в армии.

Это, безусловно, было политическим решением и одновременно — одним из первых «крупных» случаев экономического подхода к психиатрии, так как государство не хотело оплачивать лечение ветеранов, психические страдания которых были полностью на его совести 5 (позднее этот «экономический подход» приобрел массовый характер в форме последовательной коммерциализации психиатрии после ее слияния с фармакологическими компаниями (*Более подробно об этом см.: «Современная алхимия». В кн.: Решетников М. М. Психодинамика и психотерапия депрессий. — СПб.: Восточно-Европейский Институт Психоанализа, 2003. С. 94—100*). В итоге, как отмечали затем сами американские психиатры, многие психические травмы оказались «незалеченными», следствием чего стало обилие алкоголизма, наркоманий, разводов, преступности и суицидов среди ветеранов Вьетнама, что

в совокупности унесло больше жизней, чем вся Вьетнамская война. Аналогичные тенденции появились и в России — сразу после начала необъявленной Афганской войны (1979—1989), и нет оснований предполагать, что их развитие будет более благоприятным.

В качестве официального термина «Посттравматическое стрессовое расстройство» (ПТСР) появилось только в 1980 году, когда было опубликовано третье издание Диагностического и статистического справочника по психическим заболеваниям (DSM-III). В этом справочнике ПТСР было отнесено к субкатегории «тревожных расстройств», которые развиваются в ответ на «редкие внешние события». То есть вначале травма определялась исключительно как результат внешнего воздействия и в терминах катастрофических событий. Или, если перевести это на обыденный язык: «Кому-то просто очень не повезло, и он оказался в недобрый час в плохом месте».

Исходя из этих теоретических представлений считалось, что каждый, кто пережил такое «не слишком часто случающееся» (*За последние 30 лет, по данным, которые приводит В. В. Карелин [21], преступность во всем мире возросла в 4 раза, а, например, в США — в 8 раз. Средний рост мировой преступности составляет 5% в год. Количество экологических катастроф, по сведениям, приведенным в интервью министра МЧС РФ (от 5.01.2006), только за 2005 год увеличилось в 2 раза. И это не считая ведущихся войн, лавины техногенных катастроф и международного терроризма)* трагическое событие (например, плен, пытки, изнасилование или внезапное стихийное бедствие), обязательно будет травматизирован и имеет риск развития ПТСР. Однако, согласно DSM-IV (1994 года), где ПТСР остается в той же категории, но входит в новую рубрику «откликов на стресс», этот подход качественно трансформируется, и уже не на основе умозрительных заключений или экономических императивов, а исходя из обобщения клинических данных.

Оказалось, что большинство людей, переживших катастрофические события, не проявляли никаких признаков этого расстройства. Оно отсутствовало у 54% изнасилованных женщин, 91% попавших в автопроисшествия и т. д. В итоге были обоснованы представления о том, что — с точки зрения развития ПТСР — участие в катастрофическом событии является необходимым, но недостаточным условием. И это качественно меняет подход к ПТСР, так как критическим фактором становится не «внешнее событие», а эмоциональный отклик на него,

и «впервые» формулируется идея о том, что если катастрофическое для личности происшествие не сопровождалось чувством непреодолимого страха, беспомощности или ужаса, то оно, скорее всего, не может быть причиной ПТСР. Это, в принципе, возвращает нас к известной психоаналитической идее о том, что любое негативное событие может как пройти совершенно незамеченным (для одного субъекта), так и вызвать любую форму психопатологии (у другого) в зависимости от его индивидуальной истории развития и состояния его психики. Определение «впервые» (чуть выше) не случайно поставлено в кавычки. Здесь уместно напомнить, что еще в одном из своих писем В. Флиссу Фрейд писал, что вначале он ошибался и определял этиологию неврозов слишком узко, не заметив, что фантазии играют здесь гораздо большую роль [104]; а позднее это привело создателя психоанализа к еще более значимому выводу о том, что к «расщеплению психики» приводит не сама травматическая ситуация, а устрашающий смысл, который событие приобретает для конкретного индивида.

Учитывая, что в медицинских и психологических кругах почти с равной частотой используется определения ПТСР и как расстройства, и как синдрома, нужно сказать несколько слов о понятиях синдром, расстройство и болезнь. Синдром — это группа признаков (или симптомов), которые в совокупности характеризуют какое-либо заболевание или указывают на какую-то группу заболеваний, при которых этот синдром встречается (в психиатрии — синонимом заболевания являются аномальные состояния или психические расстройства). Поскольку наша книга адресована не только врачам, мы поясним наши рассуждения на конкретном примере. В медицине хорошо известен синдром Иценко—Кушинга, который клинически проявляется в нарушении жирового обмена и легко опознается по ряду внешних признаков: лунообразное лицо, толстые шея и туловище в сочетании с угревой сыпью, полосами сизо-багрового цвета на животе и бедрах, ломкостью костей, нарушениями роста волос (у женщин — по мужскому типу, и наоборот) и т. д. При этом такой синдром может быть результатом очень разных заболеваний — мозга, надпочечников, яичников и т. д., предполагающих различные схемы и тактику лечения.

Точно так же одни и те же синдромы и симптомы (в различных сочетаниях и различной степени выраженности) могут быть при разных, выражаясь медицинским языком, психических «заболеваниях», и что особенно

существенно — «заболеваниях», предполагающих разные схемы терапии. Но поскольку в психике нет аналогов таких органов, как мозг, надпочечники или яичники, то уточнить диагноз (в медицинском смысле) никогда не представляется возможным — он остается «синдромологическим» (именно так, через черточку, в отличие от общепринятого слитного написания, так как синдром существует сам по себе, а логика конкретного диагноста — сама по себе). В итоге диагноз (в психиатрии) всегда оказывается отчасти конвенциальным (*То есть — договорным. Более подробно об этом см.: «Методологическое значение классификации, понятий нормы и патологии». В кн.: Решетников М. М. Психодинамика и психотерапия депрессий. — СПб.: Восточно-Европейский Институт Психоанализа, 2003. С. 206-221)*, но для каждого случая психического расстройства, квалифицированного как болезнь, в каждый период истории медицины существовали и существуют относительно стандартные схемы лечения, в том числе — все более интенсивные медикаментозные, как правило, далеко не безвредные и весьма протяженные (на месяцы и годы). Некоторые авторы считают, что «расстройство», «аномальное состояние» и «болезнь» — это синонимы. Не согласен с этим и никогда не употребляю их применительно к психиатрической патологии и вообще ко всему, что относится к личности, термин «болезнь» — только «расстройство». Мной уже не раз отмечалось, что я готов сменить свое мнение, как только появятся препараты «от плохой личности», «от коммунизма» или «от фашизма», «от неразделенной любви» или «от горя». Но уверен, что мне не придется этого делать.

Подчеркнем еще раз, что, согласно DSM-IV, посттравматическое стрессовое расстройство впервые (в современной психиатрии) стало не элементом рубрики, а отдельным «заболеванием», что весьма существенно, и, несмотря на высказанный в предыдущем абзаце скепсис, может быть оценено как позитивный факт, так как позволило включить ПТСР в систему страховой медицины, а следовательно, сделать квалифицированную помощь более доступной для десятков тысяч ветеранов (в США). А также организовать подготовку специалистов по этой форме патологии, которая ранее как бы не существовала, не диагностировалась и соответственно — не требовала никакого лечения (что в целом все еще характерно для современной России, несмотря на то что мы также пользуемся DSM). И я уверен, что и здесь многие американские психиатры психодинамического направления, не разделяющие

тезис о «психических болезнях», покривили душой. Но это было сделано уже в интересах пациентов, а не государства; впрочем, как и в случае включения в ВОЗовское определение здоровья понятия «социальное здоровье», которое ни в одной стране ни от психиатрии, ни от медицины в целом никак не зависит. Но все мы — врачи и, получая диплом, клялись действовать в интересах наших пациентов и никому другому не присягали...

Перечень того, что может быть отнесено к ПТСР, в DSM-III был весьма ограниченным, в частности учитывались только те ситуации, когда изменения в психическом состоянии человека были связаны с чрезвычайными травматическими событиями, далеко выходящими за пределы обыденной жизни, такими как война, вооруженный разбой, захват в заложники и пытки, изнасилование, техногенная катастрофа или внезапное стихийное бедствие. Психические реакции на «обычные» житейские проблемы типа развода, тех или иных неудач, отвергнутой любви или финансового краха относились к «расстройствам адаптации».

Однако в последующем (DSM-IV) перечень ситуаций, которые могут приводить к ПТСР, был существенно расширен, что, возможно, отчасти было связано с некоторым «перепроизводством» психиатров и психотерапевтов в США и их заинтересованностью в пациентах (со страховым обеспечением). Но в принципе в этом было рациональное зерно — в силу того, что, как уже отмечалось, любое травматическое событие может как остаться совершенно незамеченным (для одного индивида), так и оказаться причиной любых форм психопатологии (для другого), включая самые тяжелые, на всю оставшуюся жизнь. Поэтому следовало бы поддержать небезосновательное мнение американских коллег о том, что в случаях, если психическая травма не преодолевается самостоятельно в течение месяца, это прямое показание для обращения за помощью специалиста — психиатра, психотерапевта или психолога (желательно, конечно, чтобы он был подготовлен к работе с этой формой психических расстройств).

Нужно отметить еще одну диагностическую «тонкость»: если человек предъявляет страдание и тяжело переживает ту или иную психическую травму, но это длится менее месяца, ему не может быть установлен клинический диагноз ПТСР, даже несмотря на то, что все симптомы будут налицо и он нуждается и ему реально оказывается квалифицированная помощь. В таких случаях в соответствии с действующими диагностическими критериями эти

симптомы должны рассматриваться как нормальная человеческая реакция на катастрофическое событие, а ее клиническим эквивалентом будет «острое стрессовое расстройство» (ОСР). Для установления последнего диагноза вполне достаточно наличия даже одного из синдромов, характерных для ПТСР (повторного переживания, избегания или гипервозбуждения — см. ниже). Специфично, что симптомы диссоциации (нарушения памяти, чувства времени, собственной идентичности и т. д.) чаще наблюдаются при ОСР. Само собой разумеется, что далеко не у каждого, кто проявляет признаки ОСР, неизбежно развивается ПТСР, хотя отсутствие признаков ОСР вовсе не является негативным прогнозом для формирования ПТСР (в его отсроченном варианте развития). Тем не менее установлено, что те, у кого были явные признаки ОСР, имеют большую степень риска относительно ПТСР. Вначале понятие ПТСР употреблялось почти исключительно в отношении боевой психопатологии, что нашло отражение в перечне причин этого расстройства. Считалось, что ПТСР может развиваться во всех случаях, когда человек подвергался тому или иному, но оцениваемому им как травматическое событию, в котором присутствовало следующее:

а) он переживал, наблюдал или сталкивался с событием или событиями, которые предполагали смерть или угрозу смерти или серьезного повреждения (например, бой, попадание под «дружественный» огонь своих, минометный или ракетный обстрел, ранение, захват в заложники или плен, езда по заминированной дороге; полет на вертолете, подвергающемся обстрелу; прыжок с парашютом в «горячей точке» и другие);

б) он видел, как его друга ранили в бою, он потерял одного из членов своей семьи или своей команды; видел, как кто-то был убит или получил тяжелые повреждения, в том числе — если он был врачом или санитаром в спасательной операции или даже в травматологическом отделении; сталкивался с выносом сильно поврежденных, мертвых или расчлененных тел; видел, как кто-то неизвестный погиб, наблюдал захват заложников, убийство детей и женщин, других мирных граждан, подвергавшихся унижению и насилию и т. д.;

в) если индивидуальный отклик человека на все упомянутые выше ситуации включает в себя чувство неизбывной тревоги, страха, беспомощности или ужаса. Учитывая, что все эти представления появились еще до 11 сентября 2001 года в США, после которых были не менее ужасающие события в России с захватом родильного дома в Буденновске и школы в Беслане, а также десятки

других, в процессе трансляции которых по всем телеканалам мира постепенно развивалась рутинизация травматических «эпизодов», этот перечень, скорее всего, будет постепенно сокращаться, а диагностические критерии — дополняться, но это никак не изменит положение о том, что даже наблюдение подобных событий, в том числе по телевидению, за сотни и тысячи километров, может вызывать ПТСР. То, что большинство авторов при описании ПТСР апеллируют именно к войне, обусловлено, по моим представлениям, только тем, что клинические проявления здесь более наглядны, демонстративны, спрессованы во времени и более выражены, хотя те же тенденции и феномены опытный взгляд легко находит и в обычной жизни.

В клинической картине ПТСР, как правило, выделяют три основные группы симптомов [19; 106; 113]: а) симптомы повторного переживания; б) симптомы избегания; в) симптомы повышенной возбудимости. Раскроем их содержание более подробно. Симптомы повторного переживания включают в себя: — повторяющиеся воспоминания, образы или мысли о травматическом событии, вызывающие страдание;

— повторяющиеся сновидения, воспроизводящие образы травматического события, вызывающие страдание;

— чувства или действия, испытываемые или совершаемые, как если бы травматическое событие повторялось прямо сейчас (flashback)10, включая возникающие в измененных состояниях сознания, например, в просоночном состоянии (при пробуждении или перед засыпанием) и при интоксикации (в том числе постоянное возвращение к этой «тематике» после приема алкоголя);

— переживание интенсивных чувств при появлении внешних или внутренних стимулов, символизирующих или напоминающих (ассоциативно) какой-либо аспект травматического события;

— повышенная физиологическая реактивность (покраснение или побледнение кожи, учащение пульса, повышение АД, потливость, тремор и т. д.) при наличии внешних или внутренних стимулов, символизирующих или напоминающих какой-либо аспект травматического события.

«Симптомы избегания» проявляются в отношении любых стимулов, которые ассоциируются с травмой, иногда — вплоть до реакций замирания или оцепенения в ответ на эти стимулы. Наиболее часто наблюдаются в следующих вариантах:

— стремление избегать любых мыслей, чувств, разговоров, кинофильмов,

литературных произведения и т. д., связанных с травмой, в том числе: если вы пытаетесь не думать о войне или другом трагическом происшествии, участником которого вы оказались по воле случая; если вы избегаете любви и привязанностей, поскольку потеряли человека, которого любили; если стараетесь больше ни перед кем не быть виноватым, поскольку ощущаете, что вы настолько переполнены этим чувством, что уже никогда не будете счастливы; если вы избегаете любых конфликтных ситуаций, поскольку опасаетесь того, что можете при этом сделать;

— стремление избегать видов деятельности, мест или людей, которые могут вызывать воспоминания о травме, например: никогда не ходить в театр (после событий «Норд-Оста» в Москве в 2002 году); навсегда покинуть родные места (например, в городе Гумридо Спитакского землетрясения 1988 года было 260 тыс. жителей, погибло около 30 тыс., но через два года в городе осталось всего 150 тыс. человек);

полностью отказаться от таких хобби, как охота; переключать программу ТВ, когда там транслируют фильмы о войне или военные парады; избегать встреч с ветеранами или товарищами по несчастью; испытывать резкий негативизм по отношению к представителям власти (на которых обычно проецируется вина за то, что не смогли своевременно предупредить, предотвратить или защитить от травматического события);

— неспособность ясно вспомнить ситуацию острой психической травмы, условия и время ее возникновения и развития, тех, кто был в это время рядом, погибли ли эти люди или только получили повреждения ит.д.11;

— существенное снижение интереса к тем видам деятельности, которые ранее были значимыми (профессия, карьера, спорт, увлечения, чтение художественной литературы, научные исследования, воспитание детей и все остальные варианты поведения, объединяемые тем, что «обычно эти люди делали раньше», а после психической травмы утратили всякую мотивацию к этому); многие демонстрируют специфическую реакцию ухода в виртуальный мир, проводя большую часть времени у экранов ПК или ТВ, при этом избегая общения даже с домашними и с трудом отвечая на вопрос о том, какие передачи они смотрели; в других случаях возникает своеобразный феномен «бродяжничества» — люди практически каждый день уходят из дома, бесцельно бродят по улицам, избегая, таким образом, общения с близкими и всех домашних обязанностей, и часто вообще не помнят — где они были, по

каким улицам ходили;

— чувство отстраненности или отчужденности от других людей, за которым нередко скрывается убежденность, что никто не может понять — каково пережить такое, ощущение себя «по другую сторону» от всей окружающей жизни и людей;

— истощение аффективной сферы, например в форме уже упомянутой неспособности любить и вообще выражать сильные эмоции как радости, так и горя, в том числе оплакивать близких, утраченных после травмы (родителей, жену или детей); преобладающим ощущением является отсутствие всех чувств.

В эту же группу включается такой симптом, как «крах жизненной перспективы», когда отменяются все планы на будущее — карьеры, брака, детей или даже просто долгой жизни, что (как показывают наши собственные наблюдения. — М. Р.) со временем легко трансформируется в ярко выраженное влечение к смерти, в том числе: в форме алкоголизма и наркоманий, никаких проявлений которых не было ранее; в виде занятий экстремальными видами спорта или деятельности. Эти перемены и влечение к смерти вне терапии обычно остаются неосознаваемыми. Один из моих пациентов, высокоинтеллектуальный и преуспевающий человек, переживший несколько личных утрат, характеризуя свою «злость» на «весь мир» как-то сказал: «Вдруг откуда-то появляется желание мчаться "на пределе" одним колесом по "сплошной осевой" и испытывать удовольствие от "разбегающихся" машин». И только в процессе аналитической работы он осознал природу этой «злости» и истинное содержание этой потребности.

«Симптомы гипервозбудимости», что очень важно — не проявлявшиеся до травмы, в частности:

— нарушения сна, включая бессонницу, трудности с засыпанием, прерывистый сон (пробуждения среди ночи, после которых трудно уснуть вновь), неприятные и кошмарные сновидения, отсутствие чувства отдыха после ночного сна;

— повышенная раздражительность и периодические вспышки гнева без особых внешних причин;

— нарушения концентрации внимания и снижение функции памяти, когда прочитанное, увиденное или услышанное, порученное кем-либо или намеченное самостоятельно для обязательного выполнения постоянно забывается; человек становится как бы парциально «глухим» и «слепым», не

замечая обращенных к нему вопросов, взглядов или предложений; одновременно проявляется недостаточное внимание к бытовым опасностям, но ни в коем случае к аналогичным или даже отдаленно (ассоциативно) связанным с той, что и являлась причиной психической травмы, то есть все сенсорные входы находятся в «преднастроечном» состоянии для отслеживания только одной — и вполне конкретной — опасности; этим же объясняется сверхбдительность, которая выражается в вечном страхе повторения травматической ситуации; повышенный уровень и неадекватность (иногда — запредельность) реакций на любые угрозы; беспокойство о том, как бы ни причинить вред другим людям (поэтому «лучше вообще с ними не общаться»); склонность занимать положение спиной к стене в служебных помещениях, кинотеатрах, ресторанах, «только второй салон» в такси и т. д., избегание людных мест и крайний негативизм к тем, кто по тем или иным причинам идет сзади — по пустынной улице, по лестнице, по коридору, вплоть до убийств только за это12; повышенные реакции на любые внезапные раздражители, например падение на землю при звуке даже отдаленного взрыва или просто хлопка, резкий разворот на любой громкий звук за спиной, вскакивание от любого прикосновения во сне, крики и двигательные реакции нападения или защиты при неприятных и кошмарных сновидениях.

В 1994 году мной (М. Р.) был подробно исследован и описан именно такой случай, когда после нескольких предложений бывшего участника Афганской войны молодому человеку, с которым они вместе возвращались с вечеринки, идти по лестнице многоэтажного дома впереди него и последовавшего ответа: «А почему это я должен?» — последний был убит несколькими ударами перочинного ножа — только за это.

В отдельную группу симптомов сверхбдительности у бывших участников боевых действий следует отнести потребность постоянно носить огнестрельное или холодное оружие, иметь его дома, в том числе — во время ночного сна («под подушкой»), регулярно проверять его исправность и наличие достаточного количества боеприпасов.

Было бы неверно не указать на всегда сопутствующие психосоматические нарушения, преимущественно со стороны сердечно-сосудистой, пищеварительной и эндокринной систем. В отличие от вышеупомянутых трех групп симптомов (относительно которых пациенту чаще всего неизвестно: «Что делать и куда идти?») с соматическими реакциями обычно обращаются к

врачам общей практики, которые, не вникая особенно в природу страдания, в отдельных случаях назначают симптоматическое лечение, а в ряде случаев, после множества анализов, сообщают пациентам, что у них ничего нет. И с точки зрения биологического подхода это можно признать совершенно верным (но — верным только с учетом, мягко говоря, неосведомленности врачей в области этой формы патологии).

Мной уже не раз отмечалось [43; 58; 62], что современная клиника психических расстройств качественно изменилась: если в XIX веке и даже первой половине XX культура позволяла и принимала непосредственное выражение душевного страдания как нечто естественное, то уже со второй половины прошедшего столетия на любые публичные проявления даже субъективных переживаний (а не то что страданий) постепенно налагается все более строгий запрет («это не наши проблемы»). В итоге кричит у человека душа, но заявить о боли и тем самым проявить потребность в понимании и сочувствии могут только сердце, желудок и т. д. Этот феномен хорошо известен под названием «соматизации тревоги» и другими подобными терминами, столь же аморфными и мало что проясняющими или хоть что-то изменившими в отношении этой категории пациентов (*Единственные страны, где этому реально уделяется особое внимание и где пациенты терапевтического профиля, как правило, поступают в психосоматические отделения или санатории, в которых работают 2—3 врача-терапевта (на всю клинику) и 8—10 психотерапевтов (на 30—40 пациентов), — это Германия и Австрия. Там же, в частности в Германии, мне впервые пришлось встретиться с ситуацией, когда на 100-летие Германского общества врачей (без согласия которого не может быть принят ни один закон в области здравоохранения, включая закон об оплате деятельности медперсонала) пришел весь состав Бундестага, а в своих выступлениях депутаты подчеркивали, что 2/3 из них хотя бы раз в жизни лечились у психотерапевта. Хочется надеяться, что когда-нибудь и наши законодатели достигнут такого уровня культуры).*

Наличие всех или части отмеченных выше групп симптомов может квалифицироваться как расстройство, требующее лечения, в случае если они присутствуют, как уже отмечалось, не менее одного месяца, сопровождаясь клинически выраженными (то есть — замечаемые окружающими!) страданиями и (или) нарушениями в социальной, профессиональной или других общественно значимых областях функционирования личности, включая семью.

Поставленный восклицательный знак подчеркивает, что страдания пациента должны быть настолько непереносимыми (а все защиты — соответственно — настолько нарушенными), что «позволяют» человеку преодолеть действующие запреты и ограничения, налагаемые культурой, чтобы окружающие, психиатр, психотерапевт или психолог могли обнаружить «клинически выраженные страдания». И это уже вопрос не к медицине или психотерапии, а к сострадательности современной культуры.

Еще один конвеициальный критерий: если при обращении за помощью установлено, что длительность симптомов не превышает трех месяцев, то имеющееся психическое расстройство оценивается как острое (ОСР — острое стрессовое расстройство). Если симптомы проявляются уже более трех месяцев, то обычно говорят о хроническом течении.

В случаях (и далеко не редких), когда симптомы впервые появляются не сразу, а через какой-то промежуток времени после травмы, диагностируется посттравматическое расстройство с отсроченным началом, о чем еще будет сказано ниже (в качестве «порогового» критерия принят срок в 6 месяцев). Но примечательно, что, если расстройство не возникло в течение 6 месяцев после тяжелого травматического события, этот диагноз устанавливается только в исключительных случаях, когда нет никакой возможности идентифицировать наблюдаемые симптомы как тревожное расстройство личности, обсессивно-компульсивное расстройство или депрессивный эпизод.

Почему было подчеркнуто — «далеко не редких»? Когда травма не массовая (о которой сообщили все ведущие СМИ и право на ее отреагирование всем известно и как бы санкционировано), а глубоко индивидуальная, обращение мучительно страдающего человека к терапии на протяжении длительного периода «откладывается» из-за уже упомянутого отношения культуры и страха быть признанным «сумасшедшим» или оказаться на «учете в ПНД». Этот страх присутствует в обществе, и мы пока не так много сделали для его преодоления. Поэтому всем пациентам еще при первом их обращении, как бы патологичны ни были их симптомы и синдромы, целесообразно разъяснять, что их страдание не имеет никакого отношения к безумию — даже наоборот: это нормальная человеческая реакция на ненормальные или даже выходящие за пределы человеческого понимания события. И чем чаще мы будем это делать, тем реже мы будем встречать «запоздалых» пациентов, у которых собственные ресурсы личности истощены до предела, а психические защиты уже переходят или

перешли на патологический уровень функционирования.

Само установление диагноза ПТСР в ряде случаев сопряжено с дополнительными и, можно было бы сказать — унизительными, во всяком случае — явно не медицинскими «процедурами». Например, в США Департамент дел ветеранов, который курирует ветеранов, может поддержать или не поддержать установление диагноза ПТСР (предоставляющего существенные пожизненные льготы). Для поддержки кроме наличия явных симптомов страдания обязательно требуются достоверные доказательства того, что заявленная психическая травма была действительно получена на воинской службе, что может быть подтверждено участием ветерана в сражениях или награждением его орденами, или — он должен быть упомянут хотя бы в списках отличившихся в том или ином сражении. В качестве дополнительных объективных данных учитывается нахождение в плену (но не сдача в плен). Таким образом, если вы попали под минометный обстрел и при этом после двух часов свистящих над вашими головами снарядов и раздающихся то там, то здесь взрывов не получили никаких ранений, психической травмой, которая могла бы стать причиной ПТСР, это считаться не будет. Как говорится, будьте счастливы, что выжили. Но вероятность развития ПТСР даже у таких счастливцев ничуть не меньше.

Установление диагноза ПТСР в западных странах во всех случаях апеллирует к перечню симптомов, указанных в DSM, так как это предполагает материальную ответственность за здоровье пострадавшего от травмы. Диагноз, не соответствующий клиническим критериям, приведенным в справочнике, не принимается, и на эту ошибку в диагностике будет особо указано тому врачу, который проводил обследование (в том числе — в случае гипердиагностики). Дифференциальная диагностика проводится с обычными дисфориями, повышенной тревожностью, депрессиями, озабоченностью своим состоянием при наличии физической недееспособности, неудовлетворенностью ситуацией на работе, «комплексом безработного» и т. д.

В большинстве руководств по ПТСР не отрицается возможность спонтанного выздоровления, так же как и хронического течения, приводящего к устойчивым изменениям личности. Тем не менее всегда целесообразно особо подчеркивать возможность спонтанного выздоровления — на основе собственного ресурса личности, даже если выздоровление будет сочетаться с теми или иными характерологическими изменениями, которые долгое время (а иногда — и всю

жизнь) могут быть компенсированными. Безусловно, намного лучше, когда имеется хотя бы поддерживающая терапия, но при огромном дефиците профессионалов в России — где ж ее взять? Чтобы не быть обвиненным в косвенной рекламе того или иного метода психотерапии, еще раз скажу, что эффективным будет любой профессиональный, и одновременно отмечу, что самой лучшей терапевтической системой при субклинических проявлениях является семья, безусловно, если она психически сохранна и имеет достаточный потенциал, чтобы справиться с этой терапевтической ролью.

Характерно, и не устану повторять это, что большинство специалистов — психиатров и психологов — считают, что все, что ими же написано о ПТСР — это не о них. Почему они скрывают наличие симптомов (которые очевидны даже неспециалисту, например после работы в Беслане) даже от самих себя — для меня загадка. Становлюсь ли я хуже оттого, что признаю наличие у себя симптомов nTCPJ?-Monio ли их не быть после Афганистана, Спитакского землетрясения, Уфимской железнодорожной катастрофы и других, не менее трагических для меня событий и потерь? Могло и не быть. Но они есть. И мне не раз приходилось, хотя и не без труда и не без помощи коллег (включая психотерапию и легкую психофармакологическую поддержку), справляться с моими симптомами. И оттого, что я это признаю, не чувствую себя слабым или униженным. Я не раз рассказывал об этом моим студентам и моим друзьям, описывая те признаки ПТСР, которые находил у себя. Я говорил моим коллегам, которым «повезло» участвовать в тех же событиях, что и у них могут быть сходные симптомы, и в этом случае лучше обратиться к психотерапии, но, конечно, не ко мне — мы не работаем с близкими нам людьми, так как в этом случае контакт остается дружеским, а требуется терапевтический подход. Далеко не все верили мне. И очень обидно сознавать, что некоторые из тех, кто пережил вместе со мной не самые радостные дни в Афганистане, Ленинакане или Уфе, достигнув всех возможных научных и карьерных высот, вдруг, «ни с того, ни с сего», допивались до лобного синдрома и полной деградации. Если это не так уж редко в научной среде, то можно представить частоту такого развития событий в усредненном социуме. Я пишу это заключение исключительно для своих коллег, которым еще не раз придется встречаться с психической травмой — и как специалистам, и как просто людям, возможности которых далеко не безграничны, какими бы высокими профессионалами они ни были.

Глава 15
Терапевтический и жизненный прогноз

Так же как и большинство других психических расстройств, выраженность ПТСР может широко варьировать от легкой до очень тяжелой степени страдания, вплоть до инвалидности, но большинство пациентов, опять же — как и при соматических заболеваниях, оказываются способными вести вполне полноценную жизнь, особенно если они своевременно получили квалифицированную помощь и периодически имеют адекватную психотерапевтическую поддержку. Терапия при клинических формах ПТСР всегда длительная — она длится годы, с перерывами, иногда — также на годы (на период ремиссий), и, как правило, затем требуются повторные курсы при обострениях (чаще именуемых «срывами»). Эти «срывы» весьма многолики — от обычных депрессивных эпизодов, провоцируемых житейскими разочарованиями и неудачами, до криминальных, включая убийства и попытки самоубийств. Естественно, что и общество, и терапевты заинтересованы в достижении как можно более длительной ремиссии, но для этого требуются адекватное кадровое обеспечение и достаточное количество средств, включая доступность психофармакологической поддержки, а большая часть страдающих ПТСР не способны самостоятельно оплачивать терапию. Некоторые западные коллеги (применительно к ремиссии) отмечают роль «сообществ ветеранов» (по типу «анонимных алкоголиков»), но ни на Западе, ни у нас они не получили распространения, и на это имеются объективные причины, о которых уже упоминалось и еще будет сказано, в частности: специфическая ориентация при рассказе об имевших место травмах и событиях исключительно на лиц, не являвшихся их участниками. Так что, скорее всего, это мнение исходит из традиционных представлений о комплексе реабилитационных мероприятий.

Большинство авторов вслед за М. Фридманом [105; 106] выделяют три основных варианта течения и клинического прогноза ПТСР.

1. Не требующее терапии ПТСР. В этом случае все клинические симптомы представлены, хотя большая их часть находится на субклиническом уровне, а пострадавший обладает достаточным внутренним ресурсом, полностью сохраняет способность к профессиональной деятельности и выполнению своих

социальных ролей, а кроме того — не имеет мотивации к терапии, осуществление которой в принудительном варианте всегда будет неуспешным.

2. Прогредиентное *(От progreditor (лат.) — идти вперед)* (инкурабельное (*От incurabilis (лат.) — неизлечимый*)) течение ПТСР.

К сожалению, до 40% пациентов (подчеркнем — не пострадавших, а пациентов, которые обычно составляют, как уже отмечалось, около 10% от подвергшихся психической травме) не имеют никакой надежды вернуться к прежнему состоянию независимо от того, проходят они терапию или нет. У них периодически может наблюдаться некоторое улучшение или снижение выраженности отдельных симптомов, но течение остается хроническим и непрерывным со склонностью к усилению тяжести страдания.

3. Интермиттирующее (*От intermitto (лат.) — пересекать, перемежать, прерывать*) течение ПТСР. Наиболее частый вариант, при котором фазы ремиссий сочетаются с периодическими срывами, при этом последние могут быть как связаны с провоцирующими ситуациями, так и возникать спонтанно, «активизируя» полный «набор» симптомов ПТСР. Особенно легко обострения провоцируются ситуациями, повторяющими (хотя бы в отдельных чертах) или напоминающими травматическое событие, которое и привело к развитию страдания. Характерно, что интенсивность провоцирующего фактора может быть минимальной и одновременно не подвластной рациональной переработке. Например, одна пациентка, пережившая в 1988 году землетрясение в Армении, затем — после смены места жительства и получения квартиры рядом с метро — начала испытывать панические реакции всякий раз, когда улавливала легкие колебания почвы от проходящих поездов — колебания, никем другим не замечаемые. В другом случае ПТСР, связанное с невосполнимой утратой близкого человека в автокатастрофе, где присутствовал, но не пострадал и сам пациент, резко обострилось после утраты работы. Обострения обычно выражаются в истерических, психопатических и депрессивных реакциях и состояниях.

4. Течение с отсроченным началом. В этих случаях пережившие травматическое событие вначале могут не иметь никаких проявлений ПСТР в течение многих месяцев или даже лет. Однако затем они появляются, в одних случаях — как бы «спонтанно», хотя чаще — после каких-либо новых травматогенных ситуаций, иногда — совершенно незначительных, но особенно — после «моделирующих» хотя бы отдельные компоненты первоначальной

травмы. Например, мой пациент, потерявший ближайшего друга, когда тот, по его выражению, «нагло увел у него бизнес», не имел явных признаков ПТСР, хотя и прошел длительную терапию, протяженность которой определялась только одним симптомом — его страхом своей потребности в отмщении (вплоть до фантазий о самых криминальных формах ее реализации в отношении бывшего друга) при полном сохранении адекватности всех других уровней функционирования личности. Но тем не менее симптомы ПТСР в их почти классическом варианте «неожиданно» появились через несколько лет, после обретения нового друга и его предложения сделать крупные вложения в новый перспективный бизнес, который стал бы общим для обоих компаньонов (что уже однажды было).

Глава 16
Отдаленные последствия и организация реабилитационных мероприятий

Эта работа была написана уже после 1 сентября 2004 года, и, несмотря на стремление к обобщению, последние события, безусловно, определили ее построение и содержание.

Бесланская трагедия не имеет аналогов, потому что еще никогда и нигде не было такой массовой гибели детей в одном небольшом городе, где, по сути, все знают друг друга. Ближайшим, хотя и очень условным аналогом может быть только Спитакское землетрясение 1988 года, которое позволяет выделить хотя бы некоторые существенные направления планирования и осуществления реабилитационной работы с пострадавшими.

Прагматических сведений в этой области терапевтических знаний не так уж много, и единственное найденное мной системное (пролонгированное) исследование заслуживает особого внимания. В этом разделе я обращусь к последней статье своего американского коллеги Л. Наджа-ряна [122] и позволю себе некоторые дополнения и комментарии.

В этой статье автор описывает американскую программу, которая была инициирована в 1989 году (при поддержке армянских и американских фондов) в целях обеспечения реабилитации пострадавших после землетрясения в Армении.

В начале статьи автор указывает, что на 1988 год в Армении было всего 150

психиатров и лишь около 25 специализирующихся в детской психиатрии (на 3,5—4 млн человек населения1), одновременно отмечая, что эти специалисты были ориентированы преимущественно на работу с пациентами, страдающими шизофренией, большой депрессией и эпилепсией, а основным методом терапии являлась психофармакология. Понятие детской психиатрии и детской психотерапии, так же как и адекватные представления о посттравматическом стрессовом расстройстве, в то время в СССР практически отсутствовали. С тех пор ситуация, конечно, изменилась, но не так уж существенно. Среди «фоновых» факторов, усиливающих проявление посттравматического синдрома, Л. Наджарян отмечает, что армяне (христиане с 301 года новой эры) существовали в мусульманском окружении ближайших соседей — Турции и Азербайджана — и являлись разделенным народом (имеется в виду Азербайджанский Карабах), что в целом характерно и для современной Северной Осетии, впрочем, как и для русского народа.

То есть один специалист на 23 тыс. человек. Вряд ли в Осетии иная ситуация. В России в целом мы имеем сейчас около 15—17 тыс. психиатров, около 2—4 тыс. дипломированных психотерапевтов и около 8—10 тыс. психологов — в совокупности около 30 тыс. специалистов на 130 млн населения, то есть в среднем один специалист на 4300 человек населения. Для сравнения — в США 40 тыс. психиатров и 80 тыс. психотерапевтов плюс 225 тыс. психологов, специализированных медицинских сестер и социальных работников с высшим образованием — один специалист на 800—1000 человек.

Основные исследования и реабилитационные мероприятия американских специалистов осуществлялись в городе Гумри, где до землетрясения проживало 260 тыс. человек, а сразу после него осталось лишь 50 тыс.: около 20 тыс. взрослых и 10 тыс. детей погибли, а остальные были эвакуированы из разрушенного города в различные регионы Армении и Советского Союза (но даже при отсутствии организованной эвакуации «исходы» из пострадавших регионов достаточно характерны). В 1989 году население города начало восстанавливаться и достигло 80 тыс. человек, а к 1990 году — 150 тыс. По данным автора публикации, до прибытия американских специалистов в городе действовали только 9 психиатров, из которых 1 специализировался в детской психиатрии, при этом психиатрическая клиника на 100 мест была полностью разрушена, поэтому пациенты, нуждавшиеся в стационарной помощи, направлялись в Ереван. В 1990 году было открыто 40-коечное отделение для

пациентов с ПТСР, а в 1991 году — еще одно 30-коечное отделение для страдающих шизофренией и депрессией. Одновременно две группы французских психиатров начали вести групповую терапию детей с ПТСР. Все зарубежные психиатры принадлежали к психоаналитическому направлению, но, не владея армянским, были вынуждены работать с переводчиком, что, естественно, существенно снижало эффективность всех мероприятий в городе, где практически каждый понес те или иные непоправимые утраты.

Работа американских психиатров и психологов началась с посещения школ, сбора интервью и консультирования, предоставлявшего возможность детям и учителям (в группе по 6—8 человек) рассказывать их собственные истории, связанные с трагическими событиями. Большинство учителей также имели признаки ПТСР, что создавало в школах своеобразную психопатологическую среду (здесь мы также можем сделать определенную экстраполяцию на Беслан). После 2—3 групповых сессий учителям было предложено пройти краткосрочную индивидуальную терапию. Сессии длились по 45 минут и проводились непосредственно в школах — в часы, свободные от занятий с учащимися. Часть родителей также получали такую же групповую и индивидуальную терапию в школах. В качестве ведущей использовалась фокусная психоаналитическая терапия с ориентацией на «здесь и сейчас» и направленная на восстановление предшествующего трагедии уровня психического функционирования. Основное внимание обращалось на отреагирование печали и горя, страха и гнева, и особенно — вытесненных чувств. Характерно, что до 30% опрошенных американскими коллегами считали, что именно президент Горбачев является ответственным за это землетрясение. Ранее (в 1988 году, когда наша группа специалистов Военно-медицинской академии работала в Ленинакане и Спитаке) мы встречались с аналогичными высказываниями, включая различные варианты слухов и домыслов об искусственно вызванном землетрясении с помощью направленного ядерного взрыва в недрах Кавказских гор советскими военными или Турцией. Адресация любых негативных переживаний к первому лицу государства в целом вообще характерна для населения России2, как достаточно патриархального общества, Осетия не является исключением. И эти негативные чувства, безусловно, требуют адекватной и методически обоснованной социальной терапии.

В процессе этой работы требовались особые разъяснения родителям, чтобы

они позволяли детям говорить обо всем, включая их индивидуальные способы избегания негативного аффекта. Наиболее эффективная модель выявления травматического опыта включала в себя пять основных этапов: а) установление контакта и раскрытие пациента для обеспечения возможности максимально подробного рассказа о событиях, б) стимуляция воспоминаний, в) противопоставление, а также г) развивающее влияние терапевта и д) проработка горя.

К январю 1990 года стало ясно, что малыми силами зарубежных волонтеров проблема вряд ли может быть решена, поэтому к терапевтической и реабилитационной деятельности начинают привлекаться педагоги школ, которые в процессе постоянного контакта с американскими специалистами в качестве помощников и переводчиков по сути прошли подготовку как психодинамически ориентированные социальные работники. А в сентябре 1990 года начался реальный профессиональный психотерапевтический тренинг, который проводился в течение года под руководством

2 Более подробно об этом см.: Решетников М. М. Современная российская ментальность. — М.: Российские вести, 1996.

Л. Наджаряна. Это, безусловно, было очень важным решением, так как, во-первых, обеспечивало осуществление терапевтических и реабилитационных мероприятий на языке пострадавших, а во вторых — эти люди обладали собственным опытом преодоления трагедии, что является чрезвычайно важным фактором (то, что лежит за пределами собственного опыта, это всегда известное «понаслышке»). В последующем из числа лиц, прошедших вышеупомянутую подготовку, был сформирован терапевтический центр, где работали три школьных учителя, два психолога и логопед, а через некоторое время штат центра увеличился до 13 человек, включая двух детских психиатров, администратора и секретаря. На базе этого центра на протяжении 10 лет велась терапевтическая и исследовательская работа, результаты который представляют значительный интерес, и мы еще обратимся к некоторым наиболее существенным из полученных данных. Вне сомнения, аналогичные подходы были бы целесообразны и применительно к ситуации в Беслане.

В последующем на базе терапевтического центра был организован учебно-методический центр по психодинамической психотерапии. Учебный процесс

включал в себя: изучение теории детского развития и основных психопатологических синдромов, особенно — депрессий, личностных расстройств, шизофрении и алкоголизма с последующим переходом к принципам терапии — первичное интервью, исследование индивидуальной истории развития, проблем переноса и контрпереноса, установление терапевтического альянса, работа с сопротивлением и защитами, вопросы диагностики и терапевтической стратегии и тактики. Особое внимание уделялось систематическим супервизиям и формированию адекватного взаимодействия врачей и психологов, что было непростой задачей, так как психиатры не считали психологов «равными партнерами» (отчасти эта проблема существует на всем постсоветском пространстве до настоящего времени). На последующих этапах по решению местного комитета по образованию к подготовке были привлечены 20 учителей школ, которые затем стали действовать в качестве школьных психологов. Л. Наджарян отмечает, что они испытывали огромное сопротивление этой работе со стороны специалистов психологического факультета Ереванского университета, и это понятно, так как речь идет о конце восьмидесятых, когда психодинамические подходы и все, что было связано с именем Зигмунда Фрейда, все еще воспринималось через призму идеологии.

Консультирование детей осуществлялось как индивидуально, так и с участием родителей, все данные наблюдений фиксировались, включая назначения психофармакологических средств, а также реакции на их применение. И это очень важное примечание, так как, вопреки широко распространенному мнению, психоанализ не против применения медикаментозной терапии — он против ее необоснованного назначения, изолированного и бесконтрольного применения. А такой контроль может осуществляться только в процессе систематического психотерапевтического контакта с пациентом.

К началу 1990 года в терапевтическом центре работало уже 39 добровольцев, в том числе психиатров, детских психиатров, психологов, социальных работников, клинических медицинских сестер и психотерапевтов, при этом все они, включая зарубежных волонтеров, свободно владели армянским и постоянно проходили подготовку и переподготовку в области психодинамической психотерапии (на рабочем месте), а также — персональный анализ, чтобы быть лучше подготовленными к работе с эмоциональными

травмами и сохранить свое психическое здоровье. Автор излагаемого мной материала особенно подчеркивает, что большинство волонтеров активно взаимодействовали с административными органами, культурными и религиозными организациями, а те, кто старался отстраняться от местных трудностей или использовать работу по реабилитации как способ продвижения или карьеры, очень быстро начинали испытывать различные проблемы, в том числе — появлялись признаки профессионального сгорания и депрессии. Таким образом, мотивация к деятельности является самостоятельным критерием отбора волонтеров для работы в кризисных ситуациях.

Основные результаты многолетних наблюдений, выполненных под руководством Л. Наджаряна, достаточно наглядно представлены в таблицах 1—2, и я позволю себе некоторые дополнительные комментарии к ним.

Во-первых, обращает внимание существенное различие форм посттравматической психопатологии в различных возрастных группах. Если у детей младшего возраста и младенцев (0—5 лет) преобладающими были нарушения речи или ее развития, которые в совокупности с другими формами проявления ПТСР, неврологическими синдромами, поведенческим негативизмом и энурезом «покрывали» более

Таблица 1

Данные о половозрастных характеристиках и частоте различных форм психопатологии у обследованных в Американском психологическом центре в Армении после Спитакского землетрясения 1988 года в период с 1.10.1990 по 31.08.1991 (по материалам Л. Наджаряна[3],2004)

Наименование показателей	**Половозрастная характеристика обследованных контингентов и частота различных форм патологии в различных**										**Итого**	
Возраст	**0-5** лет		6-12 лет		**13-18 лет**		**19-30 лет**		**31-50** лет		**0-50** лет	
Общее количество	135		300		**92**		**85**		122		**734**	
В том числе	**68**		**182**		**54**		**42**		**52**		398	
В том числе	**67**		**118**		**38**		**43**		**70**		336	
Наименование форм	**Частота случае**		**Частота случае**		**Частота случае**		**Частота случае**		**Частота случае**		**Частота случае**	
патологии	**Числа**	**%**	**Числа**	**%**	**Числа**	**%**	**Числа**	**%**	**Числа**	**%**	**Числа**	%
ПТСР	22	16,3	**86**	**28,7**	**25**	**27,2**	**19**	22,4	**30**	24,6	182	24,8
Расстройства речи	26	19,3	53	17,7	15	16,3	1	1,2	—	—	95	12,9
Депрессии	3	2,2	5	1,6	7	7,6	26	30,6	45	36,9	86	11,7

Энурез	11	8,1	57	19,0	13	**14,1**	—	—	—	—	81	11,0
Неврологическ ие синдромы	19	**14,1**	25	8,3	6	6,5	3	3,5	—	—	53	7,2
Эпилепсия	5	3,7	12	4,0	5	5,4	6	7,1	7	5,7	35	4,8
Шизофрения	—	—	—	—	3	3,2	15	17,6	15	12,3	33	4,5
Негативизм	18	13,3	6	2,0	1	1,1	—	—	—	—	25	3,4
Тики	2	1,5	15	5,0	6	6,5	—	—	—	—	23	3,1
Фобии	7	5,2	13	14,3	—	—	1	1,2	—	—	21	2,9
Тревожность	5	3,7	5	1,7	3	3,2	2	2,4	4	3,3	19	2,6
Без диагноза	9	6,7	6	2,0	1	1,1	1	1,2	—	—	17	2,3
Алкоголизм	—	—	—	—	—	—	3	3,5	9	7,4	12	1,6
Соматические синдромы	2	1,5	—	—	1	1,1	2	2,4	3	2,5	8	1,0
Другие[4]	6	4,4	17	5,7	6	6,5	6	7,1	9	7,4		
Всего:	135	100	300	100	92	**100**	85	100	122	**100**	734	100

В раздел «Другие» включены случаи, частота которых была менее 1%, в частности: болезнь Альцгей-мера, детские психозы, истерические неврозы, медикаментозные психозы, мигрень, нарушение слуха, нарушение пищевого поведения, нарушения сна, ночные кошмары, панические реакции, паранойя, паркинсонизм, поведенческие реакции, реактивные психозы, трихотилломания, хорея, энкопрез, энцефалопатии.

[3] *Л. Наджарян приводит эти данные в пяти разных таблицах и только в абсолютных цифрах. Для большей наглядности и информативности мной составлена сводная таблица и дана частота случаев в процентах (М. Р.).*

Таблица 2

Данные о первичных обращениях в Психологический центр в Армении после Спитакского землетрясения 1988 года и общем количестве психотерапевтических курсов лечения, проведенных с пациентами в период с 1992 года по 2000 год (по материалам Л. Наджаряна[5], 2004)

Годы	**Исследуемые показатели**					
	Количество первичных обращений		**Общее количество проведенных психотерапевтических**		**Общее количество проведенных психотерапевтических**	
	Абсолютн ые числа	**Рост показа- теля в % к**	**Абсолютны е числа**	**Рост показа- теля в % к**	**Абсолютны е числа**	**Рост показа- теля в % к**
1992	258	100	2700	100	16200	100
1993	288	111,6	1344	49,7	8064	49,7
1994	276	106,9	1500	55,6	9000	55,6
1995	276	106,9	1308	48,4	7848	48,4
1996	420	162,8	2652	98,2	15912	98,2
1997	420	162,8	2556	94,7	15336	94,7
1998	432	167,4	2640	97,8	15840	97,8
1999	480	186,0	3600	133,3	21600	133,3
2000	480	186,0	2796	102,2	16776	102,2
Итого:	3600	—	21096	—	126576	—

[5] *Эта таблица также дополнена мной графой прироста показателей в процентах (М. Р.).*

70% всей наблюдаемой патологии, то у детей 6—12 лет ведущими становятся ПТСР и энурез, дополняемые расстройствами речи, неврологическими нарушениями и тиками (которые в совокупности охватывали 78% патологии). Во многом аналогичное распределение наблюдалось и у подростков (13—18 лет), однако на 4-м месте у них уже появляется депрессия, которая становится ведущим синдромом во всех группах взрослых пациентов (19—30 и 31—50 лет). Затем (в этих двух последних группах взрослых пострадавших) следуют ПТСР, шизофрения, алкоголизм и эпилепсия. Эти данные еще раз подтверждают известное положение психоанализа, что форма психопатологии зависит не столько от травмирующего фактора, сколько от возраста, на который приходится травматогенное воздействие.

Во многом аналогичные данные, которые существенно проигрывают в связи с отсутствием «возрастной динамики», но содержат некоторые сведения по половому «диморфизму» патологии, приводит М.Фридман [105]; в частности, он отмечает, что после тяжелых психических травм депрессии в сочетании с ПТСР (в качестве коморбидных расстройств) встречаются в 48% случаев, фобии — в 30%, социальные фобии — 28%, дистимии — 22%, тревожные расстройства — 16%; панические реакции: 12,6% у женщин и 7,3% у мужчин; агорафобия: 22,4% у женщин и 16,1%у мужчин; алкогольная зависимость: 51,9 у мужчин и 27,9% у женщин; наркомании: 34,5% у мужчин и 26,9% у женщин. Обратившись к публикации Н. В. Тарабриной [70], дополним эти данные тем, что суицидальная предрасположенность наблюдается у 38% ветеранов локальных войн, синдром «утра-

ты жизненной перспективы» был выявлен у 71% ликвидаторов аварии на Чернобыльской АЭС.

Возвращаясь к анализу данных Л. Наджаряна, попытаемся сделать главный вывод, который, по нашему мнению, состоит в том, что чем больше возраст пострадавших на момент тяжелой психической травмы, тем больше вероятность развития психотических расстройств. К сожалению, мы не имеем анамнестических данных о том, какие именно психические травмы, личные

потери и утраты понесли те или иные пострадавшие, и вынуждены оперировать лишь обобщенными данными, но, безусловно, чем более травматичным был их личный трагический опыт, тем больше вероятность развития тяжелых форм патологии6.

Эти данные американских коллег хотя, возможно, и имеют некоторые «погрешности» (в силу различных подходов к диагностике и классификации психопатологии в Европе, России и США), тем не менее являются чрезвычайно важными с точки зрения планирования и осуществления всего комплекса долговременных терапевтических, профилактических и реабилитационных мероприятий.

Мы не анализируем здесь поведенческие феномены, которые чрезвычайно вариативны и нередко парадоксальны. Например, В. Вол-кан [130] отмечает, что после войны с Грузией в Осетии существенно возросло количество разводов, при этом мужчины выбирали в качестве новых очень молодых жен (13—14 лет), которых привозили преимущественно из других мест, а женщины в сохранившихся семьях начинали рожать больше детей, но это относилось преимущественно к женщинам, которые не потеряли детей в процессе вооруженного конфликта (хотя, казалось бы, должно быть наоборот). Об усилении криминогенного фона в «травмированных сообществах» и появлении там ранее не существовавших видов преступлений также хорошо известно.

Здесь не случайно употребляется определение «долговременных». Данные о первичных обращениях и общем количестве проведенных курсов лечения в Психологическом центре Армении (табл. 2) наглядно демонстрируют, что число первичных обращений за психиатрической и психотерапевтической помощью последовательно нарастает в течение всех прошедших после трагедии лет, увеличившись почти в два раза через десятилетие.

Особенно следовало бы подчеркнуть, что в первые три года демонстрируемые пострадавшим населением потребности в терапии могут быть успокаивающе невелики, так как многие травматические воспоминания вытесняются из сознания, но это, естественно, не значит, что они «исчезают». Их дальнейшая динамика может идти как в направлении автономного «разрешения» и адаптации к проблемам и трагическим воспоминаниям (как к тому, что нельзя пережить и с чем приходится учиться жить, что нередко удается, особенно при соответствующей психологической поддержке социума и ближайшего окружения), так и приводить к постепенному вызреванию тяжелых

клинических форм психопатологии.

Хотя Л. Наджарян в своей чрезвычайно актуальной статье не акцентирует на этом внимание, нужно подчеркнуть, что в большинстве случаев их группа ориентировалась на краткосрочную психодинамическую терапию, которая чрезвычайно популярна в США (отчасти — в силу экономических факторов, так как страховыми кассами обычно оплачивается не более 6 сессий). Я думаю, что в подобных ситуациях было бы целесообразно сочетать и краткосрочные, и долгосрочные методы индивидуальной и групповой динамической терапии (или любой другой, адаптированной к посттравматическим расстройства). При этом, учитывая временной прогноз, организацию работы с пострадавшими и центра по подготовке специалистов из числа местных профессионалов (психиатров, психологов, психотерапевтов, педагогов и социальных работников) при массовой психической травме целесообразно осуществлять в местах компактного проживания нуждающихся в психотерапевтической помощи.

Некоторых из моих коллег, с которыми я обсуждал этот материал, поразила цифра, приведенная в правом нижнем столбце табл. 2, — более 120 тыс. терапевтических сессий, проведенных в маленьком армянском городке. Но эта цифра только кажется умопомрачительно большой, так как 126 576 часов за 9 лет — это 14 064 сессии в год, или всего 38 сессий в день (при ежедневной работе), если не учитывать групповые занятия, где участвуют сразу несколько пациентов. Для примера, специалисты Учебно-методического и консультативного центра Восточно-европейского института психоанализа проводят ежедневно как минимум в два раза больше (от 70 до 100) терапевтических сессий с пациентами (в 14 кабинетах).

Здесь уместно сделать еще один вывод: при расчете сил и средств для работы с пострадавшими от массовой психической травмы нужно учитывать не только потребность в специалистах, но и количество специально оборудованных мест (кабинетов) для их эффективной деятельности.

Глава 17

Эпидемиология катастрофических событий

Около 50% европейской популяции на протяжении жизни хотя бы один раз

подвергаются воздействию травматических событий, среди которых ведущими являются: дорожно-транспортные происшествия, аварии на производстве или техногенные катастрофы, вплоть до национального масштаба (типа Чернобыльской), стихийные бедствия (землетрясения, цунами, смерчи, наводнения, лесные пожары и т. д.), социальные кризисы, войны, терроризм и локальные военные конфликты, утрата близких, нападение, сексуальное и домашнее насилие и т. д.

Хотя большинство людей способны самостоятельно преодолеть возникающие при этом (нередко — чрезвычайно тяжелые) переживания и постепенно вернуться к нормальной жизни, в настоящее время признано, что достаточно значимая часть пострадавших (от 3 до 10%) будет нуждаться в.неотложной и затем длительной психиатрической, психотерапевтической и (или) психологической помощи и поддержке в связи с развитием стойких посттравматических нарушений в социальной, профессиональной, семейной, сексуальной или соматической сфере. То есть на каждые 100 пострадавших или на 100 несвязанных случаев психической травмы мы можем ожидать, что до 10 из них будут нуждаться в специализированной помощи (и исходя из этого производить расчеты сил и средств для ее оказания).

Н. В. Тарабрина [70], ссылаясь на публикацию Р. Кесслера с соавторами [118], приводит данные о вероятности различных психических травм и частоте развития ПТСР в их результате (по американской репрезентативной выборке). Безусловно, в отечественной практике мы бы имели несколько иные данные, но всегда целесообразно иметь возможность сравнения (см. таблицу). В интересах большей наглядности мы переформатировали таблицу, расположив данные по рангу вероятности развития ПТСР.

Как свидетельствуют эти данные, наиболее патогенными являются изнасилование, участие в боевых действиях, плохое обращение в детстве и пренебрежение ребенком, а также сексуальное домогательство. Таким образом, мы еще раз возвращаемся к хорошо известному в психоанализе положению, что наиболее тяжелые последствия характерны для детских и сексуальных травм.

Здесь нужно сделать примечание, что эти данные были получены преимущественно на основе изучения случаев индивидуальной и массовой психической травмы в до-террористический период, когда они были связаны преимущественно со «случайными» событиями обыденной жизни, и не

носили характера преднамеренных злодеяний, не имеющих аналогов в обозримых периодах европейской истории (в данном случае имеются в виду: террористическая атака 11 сентября 2001 года в США, события на Дубровке, в Буденновске, Беслане и др.). Не многие исследователи обратили внимание на это различие.

Случайные события или экологические, техногенные и даже социальные кризисы (такие, как революция или мятеж), когда пострадавшими являются все (в конкретном регионе) — так или иначе, сознательно или бессознательно, независимо от религиозных воззрений (включая атеизм), в конечном итоге приобретают в индивидуальном сознании пострадавших форму типичного защитного тезиса: «Бог посылает нам новые испытания». А само событие и связанная с ним психическая травма в этом случае становятся тем, чего нельзя было предотвратить или невозможно избежать. Совершенно иное отношение к психическим травмам, когда они имеют конкретное «авторство» (Бен Ладен, Басаев и им подобные или, например, ошибка диспетчера авиалинии), а пострадавшей от злодеяний или катастроф оказывается лишь определенная группа ни в чем не повинных людей, как уже отмечалось, случайно «оказавшихся в недобрый час в плохом месте». Жестокое уничтожение безвинных террористами или случайная смерть, особенно — детей («вследствие чьей-то ошибки или халатности»), не находят у пострадавших и их родных рационального объяснения и обладают запредельной унизительностью, провоцируя мучительное чувство вины и жажду отмщения у всех близких.

Частота различных психических травм

(по ведущему признаку)' и их прогностическое значение относительно развития ПТСР

Характер психической	Частота травмы в % и	Частота развития ПТСР в

	частота	ранг	частота	ранг
Изнасилование	**5,5**	**VIII**	**55,5**	**I**
Участие в боевых	**3,2**	**X**	38,8	**II**
Плохое обращение с ребенком в детстве	**4,0**	**IX**	**35,4**	**III**
Пренебрежение ребенком в детстве	**2,7**	**XI**	21,8	**IV**
Сексуальное	**7,5**	**VII**	19,3	**V**
Угроза применения	12,9	**IV**	17,2	**VI**
Физическое насилие	**9,0**	**VI**	11,5	**VII**
Несчастные случаи и	19,4	**II**	**7,6**	**VIII**
Другие угрожающие жизни ситуации	11,9	**V**	**7,4**	**IX**
Наблюдение насилия или несчастного	25,0	**I**	**7,0**	X
Пожар, стихийное	17,1	**III**	**4,5**	**XI**
Другие травмы	**2,5**	**—**	23,5	—

[1] ***В*** *ряде случаев речь шла о сочетанной психической травме, где выделялся ведущий травматический фактор, поэтому данные по обоим столбцам превышают 100%.*

В силу этого вероятность развития посттравматических расстройств в этих случаях намного выше, в том числе — даже у интактных представителей того социума или сегмента социума, который подвергся неспровоцированному нападению и унижению. Наши наблюдения и исследования наших сотрудников показали, что в случаях массовых психических травм (в частности — террористических актов), активно транслируемых СМИ, те или иные эквиваленты ОСР и ПТСР с идеями мести и возмездия выявляются в 50—70% случаев даже у тех, кто не являлся непосредственным участником трагедии, а наблюдал ее за сотни и тысячи километров по телевизору.

Главной характеристикой таких событий является их катастрофичность (для конкретного человека или для большей или меньшей социальной группы). И это относится не только к современному терроризму, катастрофические события — не такая уж редкость. Исследования, проведенные в такой относительно благополучной стране, как США, показали, что не менее 60,7% мужчин и 51,2% женщин на протяжении своей жизни хотя бы раз подвергались катастрофическому событию (авария, пожар, нападение, ограбление, сексуальное насилие и т. д.). Безусловно, это число значительно больше в тех странах, которые находятся в состоянии войны, переживают социальные

кризисы или подвергаются геноциду, впрочем, как и во внешне благополучных тоталитарных государствах, где полицейское, политическое и моральное насилие присутствует повсеместно.

Как уже отмечалось, не все даже мощные психические травмы провоцируют развитие ПТСР. Теоретически мы могли бы предполагать, что, например, в случае Спитакского землетрясения в Армении (1988) или тем более — после Бесланской трагедии (2004), ПТСР должно было бы развиться у 100% пострадавших, но реально этого не происходит. Объяснений этому можно привести несколько. Во-первых, психическая травма — это не внешнее событие, а его психическая репрезентация, и понимание этого нашло отражение в изменении классификационно-диагностического подхода. Напомним, что если в DSM-III психическая травма описывалась как «редкое внешнее событие», то DSM-IV апеллирует уже к «психологическому отклику индивида на подавляющее его событие». И это существенная разница. Во-вторых, чем тоньше и выше психическая организация индивида, подвергшегося психической травме, тем больше вероятность развития ПТСР. В-третьих, особую роль играют культура и религиозные представления, доминирующие в социуме (например, после цунами в Юго-Восточной Азии в декабре 2004 года, где большинство населения исповедуют буддизм, смерть тысяч соотечественников, безусловно, была трагедией, но принимаемой с полным смирением). И четвертое (хотя можно было указать еще несколько факторов) — уровень психотерапевтической культуры населения. Например, в уже упоминавшемся городе Гумри (Армения) долговременная помощь психиатров и психотерапевтов была востребована всего 734 пострадавшими (взрослыми и детьми), то есть — около 1,5%. А за последующие 10 лет общее количество первичных обращений составило 3600 человек, то есть — 2,4% [122]. Это, конечно же, существенно ниже, чем реальное количество нуждающихся, но здесь также нужно учитывать, что армянская культура имеет строгие ограничения на саму возможность предъявления каких-либо личных проблем как в семье, так и тем более — вне нее. Одновременно с этим, типичная армянская семья сохраняет патриархальный уклад жизни, имеет многочисленные и крепкие «вертикальные» и «горизонтальные» связи между родственниками, старшими и младшими, как правило, связана условиями совместной деятельности и проживания нескольких поколений, и в этом смысле (в отличие от современной европейской семьи) она сохраняет традиционные функции главной

терапевтической системы. В США, например (в случае аналогичной ситуации), где «ментальные расстройства» доброжелательно принимаются социумом и культурой и легко могут стать причиной инвалидности (с достаточно высоким пособием), безусловно, были бы иные данные.

Глава 18
Общие закономерности состояния и поведения людей при массовой психической травме с витальной угрозой

Проблема состояния, поведения и деятельности людей в экстремальных ситуациях с витальной угрозой по понятным причинам вызывает особую озабоченность ученых и практиков всего мира. Однако до настоящего времени основное внимание исследователей было направлено преимущественно на изучение последствий подобных ситуаций — медико-психологических, экономических, социально-политических и т. д. Вероятно, следует признать, что, несмотря на значительный объем достаточно обоснованных данных о воздействии различных экстремальных факторов и особенностях организации спасательных и антитеррористических операций, ряд аспектов проблемы, в частности динамика состояния и поведения пострадавших и заложников, до настоящего времени принадлежат к наименее исследованным. Вместе с тем именно специфика «острых» реакций, а также их динамика во времени во многом определяют стратегию и тактику антитеррористических операции, спасательных, медицинских и медико-психологических мероприятий как непосредственно в период чрезвычайной ситуации, так и в последующем.

В данном разделе нами излагаются обобщенные результаты изучения состояния, психических и поведенческих реакций, а также деятельности людей, подвергшихся воздействию экстремальных факторов. Основные данные были получены в процессе исследований, проведенных во время и после войсковых операций, сопровождавшихся значительными потерями, в Афганистане (1986), после Чернобыльской катастрофы (1986), Спитакского землетрясения в Армении (1988), крушения двух пассажирских поездов в результате взрыва газа под Уфой (1989), спасения экипажа подводной лодки «Комсомолец» (1989), захвата заложников в Беслане (2004), а также обследования военнослужащих, спасателей, врачей-психиатров,

психотерапевтов и психологов, находящихся на реабилитации или дебрифинге после антитеррористических операций1.

Несмотря на огромное количество работ в области посттравматического стрессового расстройства (ПТСР), в отечественной литературе наиболее известны исследования уже неоднократно упоминавшихся М. Фридмана [105; 106] и М. Горовица [111; 112; 113].

Исследования проводились совместно с моими сотрудниками: кандидатом психологических наук, старшим научным сотрудником Ю. А. Барановым, доктором психологических наук и кандидатом медицинских наук, профессором В. А. Корзуниным, кандидатом психологических наук Н. А. Мухановой, доктором философских наук, профессором А. П. Мухиным, доктором педагогических наук, профессором Е. Б. Науменко, доктором медицинских наук, профессором С. В. Чермяниным, врачом-психиатром-психотерапевтом Я. О. Федоровым и психологом-консультантом Т. В. Дмитриевой.

Воздавая должное этим выдающимся исследователям и практикам, следует признать, что применительно к современной ситуации эти разработки имеют определенные ограничения, так как в основу этих ценных работ зарубежных коллег были положены наблюдения ПТСР в обыденной жизни и клинический анализ отдельных (изолированных) случаев, а в более поздних исследованиях — изучение ситуаций, связанных с боевыми действиями, техногенными катастрофами, экологическими кризисами и захватом заложников. Однако практически во всех этих случаях пострадавшие были относительно немногочисленны, существовали достаточно сепаратно, не были объединены временем и местом трагических событий и условиями последующего проживания, имели адекватные возможности для получения квалифицированной психологической и медицинской помощи в относительно интактной (здоровой) среде. Поэтому западный опыт имеет определенные ограничения применительно к событиям, например, в Буденновске или Беслане.

Кроме того, резко возросшая террористическая опасность вносит в эту феноменологию ряд новых составляющих, пока мало осмысленных. Например, в качестве особого, но еще мало учитываемого фактора следует отметить, что в зарубежных данных практически отсутствуют наблюдения, связанные с национальной, этнической и религиозной принадлежностью пострадавших и «враждебной группы», а также то, что в современных российских условиях

заложники, как правило, являются средством реализации заведомо недостижимых целей и практически во всех случаях обречены на уничтожение независимо от переговорного процесса. А в подготовке террористов-смертников переговоры вообще не предусматриваются.

Отметим также, что динамика состояния пострадавших в большинстве известных работ описывалась преимущественно с момента их контакта со спасателями или специалистами психологических и психотерапевтических служб, а все происходившее до этого оставалось за пределами исследований и знания. Впервые обобщенная реконструкция трагических событий и выделение в поведении людей в подобных ситуациях специфических стадий была проведена мной в 1990 году (и тогда же опубликована)2; и было более чем удивительно, когда несколько лет спустя мне было предъявлено их описание в одном из солидных изданий в качестве классического без ссылки на автора.

Эта реконструкция явилась результатом нескольких собственных наблюдений и исследований, проведенных непосредственно в очаге стихийного бедствия, в ряде случаев — задолго до прибытия спасательных и врачебных бригад. В связи со спецификой условий и с учетом этических принципов к обследованию привлекались преимущественно потерпевшие, военнослужащие и спасатели, которые либо не нуждались в оказании неотложной медицинской помощи, либо принадлежали к категории пострадавших с легкими и средними степенями тяжести поражений.

В 1991 году этот раздел был также включен в коллективную публикацию в открытой печати — см.: Решетников М. М., Баранов Ю. А., Мухин А. П., Чермянин С. В. Психофизиологические аспекты состояния, поведения и деятельности людей в очагах стихийных бедствий и катастроф // Военно-медицинский журнал. 1991. № 9. С. 11 — 16.

В силу этого большинство полученных данных характеризовалось определенной фрагментарностью, а целостные представления, как уже было отмечено, формировались путем сопоставления разрозненных наблюдений.

Многолетние исследования позволили выделить в динамике состояния пострадавших, подвергшихся внезапному воздействию тех или иных экстремальных факторов, шесть последовательных стадий.

1. «Стадия витальных реакций» — длится от нескольких секунд до 5—15 минут, когда поведение практически полностью подчинено императиву сохранения собственной жизни, с характерными сужением сознания, редукцией

моральных норм и ограничений, нарушениями восприятия временных интервалов и силы внешних и внутренних раздражителей (включая явления психогенной гипо- и аналгезии даже при травмах, сопровождавшихся переломами костей, ранениях и ожогах 1—2-й степени до 40% поверхности тела). В этот период характерна реализация преимущественно инстинктивных форм поведения, в последующем переходящих в кратковременное (тем не менее — с очень широкой вариативностью) состояние оцепенения. Длительность и выраженность витальных реакций в существенной степени зависят от внезапности воздействия экстремального фактора. Например, при внезапных мощных подземных толчках, как это было при землетрясении в Армении, или взрыве газа и крушении поезда под Уфой в ночное время, когда большинство пассажиров спали, имели место случаи, когда, реализуя инстинкт самосохранения, люди выпрыгивали из окон шатающихся домов или горящих вагонов, на несколько секунд (иногда — на минуты и даже часы) «забывая» о своих близких. Но если при этом они не получали существенных повреждений, через некоторое время социальная регуляция восстанавливалась, и они вновь бросались в обрушивающиеся здания или пылающие вагоны на спасение прежде всего — своих родных, а затем — всех других. Если спасти близких не удавалось, это определяло течение всех последующих стадий, специфику состояния и прогноз психопатологии на весьма протяженный период. Последующие попытки рационального разубеждения в том, что инстинктивным формам поведения невозможно противостоять или противодействовать, оказывались малоэффективными, и нами применялись другие специальные методы. Апеллируя к недавним трагическим событиям в Беслане, следует признать, что отчасти аналогичная ситуация наблюдалась после внезапного взрыва мины и начала массового расстрела заложников, когда люди, до этого на протяжении нескольких дней находившие единственную поддержку в присутствии рядом ближайших родных, внезапно теряли друг друга.

При пролонгированном воздействии экстремальных факторов (в том числе связанных с длительным ограничением или полным лишением удовлетворения витальных потребностей, например, в пище или воде) постепенно формируются аналогичные реакции, в основе которых лежат властно побуждающие императивы выживания, которые в ряде случаев не могут быть реализованы как коллективные.

2. «Стадия острого психоэмоционального шока с явлениями

сверхмобилизации». Эта стадия, как правило, развивается вслед за «завершающим» период «витальных реакций» кратковременным состоянием оцепенения, длится от 3 до 5 часов и характеризуется общим психическим напряжением, предельной мобилизацией психофизиологических резервов, обострением восприятия и увеличением скорости мыслительных процессов, проявлениями безрассудной смелости (особенно при спасении близких) при одновременном снижении критической оценки ситуации, но сохранении способности к целесообразной деятельности. В эмоциональном состоянии в этот период преобладает чувство отчаяния, сопровождающееся ощущениями головокружения и головной боли, а также сердцебиением, сухостью во рту, жаждой и затрудненным дыханием. Поведение в этот период подчинено почти исключительно императиву спасения близких с последующей реализацией представлений о морали, профессиональном и служебном долге (включая подвергшихся психической травме представителей силовых и властных структур). Несмотря на присутствие рациональных компонентов, именно в этот период наиболее вероятны проявления панических реакций и заражение ими окружающих, что может существенно осложнять проведение спасательных операций. До 30% обследованных при субъективной оценке ухудшения состояния одновременно отмечали в этот период увеличение физических сил и работоспособности в 1,5—2 и более раз. Окончание этой стадии может быть как пролонгированным, с постепенным нарастанием чувства истощения, так и наступать внезапно, мгновенно, когда только что активно действующие люди оказывались в состоянии, близком к ступору или обмороку, вне зависимости от ситуации.

3. «Стадия психофизиологической демобилизации» — ее длительность до 3 суток. В абсолютном большинстве случаев наступление этой стадии связывалось с пониманием масштабов трагедии («стресс осознания») и контактами с людьми, получившими тяжелые травмы, и телами погибших, а также прибытием спасательных и врачебных бригад. Наиболее характерными для этого периода являлись резкое ухудшение самочувствия и психоэмоционального состояния с преобладанием чувства растерянности (вплоть до состояния своеобразной прострации), отдельных панических реакций (нередко — иррациональной направленности, но реализуемых без какого-либо энергетического потенциала), понижение моральной нормативности поведения, отказ от какой-либо деятельности и мотивации к

ней. Одновременно наблюдались выраженные депрессивные тенденции, нарушения функций внимания и памяти (как правило, пострадавшие вообще не могут сколько-нибудь ясно вспомнить, что они делали в это время, но, естественно, эти пробелы затем «заполняются»). Ярко выражены бледность, потливость, тремор конечностей. Из жалоб в этот период ведущими являлись тошнота, «тяжесть» в голове, дискомфорт со стороны желудочно-кишечного тракта (в том числе — рвота и диарея), полное отсутствие аппетита (отказ от пищи), резкая слабость, замедление и затруднение дыхания, вплоть до приступов удушья. Высока вероятность асоциального и антисоциального поведения, реализуемого в виде «тусклого» аффекта с признаками неадекватности оценки ситуации.

4. Последующая динамика состояния и самочувствия пострадавших во многом определяется спецификой воздействия экстремальных факторов, полученными поражениями и морально-психологической ситуацией после трагических событий. Вслед за «психофизиологической демобилизацией» (при относительно высокой вариативности ее сроков) с достаточным постоянством наблюдалось развитие 4-й стадии — «стадии разрешения» (от 3 до 12 суток). В этот период, по данным субъективной оценки, постепенно стабилизировались настроение и самочувствие. Однако по результатам объективных данных и включенного наблюдения, у абсолютного большинства обследованных сохранялись пониженный эмоциональный фон, ограничение контактов с окружающими, гипомимия, снижение интонационной окраски речи, замедленность движений, нарушения сна и аппетита, а также различные психосоматические реакции (преимущественно со стороны сердечно-сосудистой системы, желудочно-кишечного тракта и эндокринной сферы). К концу этого периода у большинства пострадавших появлялось желание «выговориться», реализуемое избирательно, направленное преимущественно на лиц, не являвшихся очевидцами трагических событий, и сопровождавшееся некоторой ажитацией. Этот феномен, входящий в систему естественных механизмов психологической защиты («отторжение воспоминаний путем их вербализации»), в ряде случаев приносил пострадавшим существенное облегчение (что является прямым показаниям для дебрифинга). Одновременно восстанавливались сны, как правило, отсутствовавшие в предшествующие периоды, в том числе — тревожного и кошмарного содержания, в различных вариантах трансформировавшие впечатления трагических событий.

На фоне субъективных признаков некоторого улучшения состояния объективно отмечалось дальнейшее снижение психофизиологических резервов (по типу гиперактивации), прогрессивно нарастали явления переутомления, существенно уменьшались показатели физической и умственной работоспособности.

5. «Стадия восстановления» психофизиологического состояния начиналась преимущественно с конца второй недели после полученной психической травмы и первоначально наиболее отчетливо проявлялась в поведенческих реакциях: активизировалось межличностное общение, начинала нормализоваться эмоциональная окраска речи и мимических реакций, впервые появлялись шутки, вызывавшие эмоциональный отклик у окружающих, восстанавливались сновидения у большинства обследованных. В состоянии физиологической сферы позитивной динамики и на этой стадии выявлено не было. Клинических форм психопатологии, за исключением транзиторных и ситуационных реакций, в «острый» период (до двух недель) после воздействия экстремальных факторов не наблюдалось. Основными формами транзиторной психопатологии (по ведущему признаку) у пострадавших, как правило, являются: астенодепрессивные состояния — 56%; психогенный ступор — 23%; общее психомоторное возбуждение — 11%; выраженный негативизм с явлениями аутизации — 4%; бредово-галлюцинаторные реакции (преимущественно в просоночный период) — 3%; неадекватность, эйфория — 3%.

6. В более поздние сроки (через месяц) у 12—22% пострадавших выявлялись стойкие нарушения сна, немотивированные страхи, повторяющиеся кошмарные сновидения, навязчивости, бредово-галлюцинаторные состояния и некоторые другие, а признаки астеноневротических реакций в сочетании с психосоматическими нарушениями деятельности желудочно-кишечного тракта, сердечно-сосудистой и эндокринной систем определялись у 75% пострадавших {«стадия отставленных реакций», которая для определенной части пострадавших — до 10% случаев — может оцениваться как ОСР или как манифестация начала ПТСР). Одновременно нарастала внутренняя и внешняя конфликтогенность, требующая специальных подходов. Отдаленные последствия, которые можно было бы выделить в самостоятельную, седьмую, стадию, нами не изучались, однако этой теме уже посвящена 17-я глава, где приводятся данные наших коллег.

Обращаясь к недавним трагическим к событиям в Беслане, следует признать, что тяжесть и динамика состояния пострадавших может быть существенно иной. Когда человек лишается родителей, мир пустеет, но, тем не менее, как это ни горько, — это соответствует обыденным представлениям и естественному ходу событий. Когда умирают дети, все краски мира меркнут на многие годы и десятилетия, а порой — навсегда.

Глава 19
Временная администрация, бригады спасателей и общество

Еще в период работы в Армении в 1988 году нами было обосновано, что в ситуациях массовых психических травм и возникновения массовых жертв в результате экологических или техногенных катастроф (а сейчас добавим — и крупных терактов) в компактных населенных пунктах обязательно требуется срочное введение («десант») временной (кризисной) администрации. Это положение обосновывалось тем, что при воздействии мощных экстремальных факторов и массовых жертвах в ближайший последующий период (до 3 суток) поведение всех людей, включая статусных лиц (например, руководителей подразделений МВД, воинских частей, медицинских учреждений и т. д., как это было в Ленинакане), подчинено уже упомянутым выше (общим для всех) закономерностям реакций на психическую травму и направлено почти исключительно на розыск или спасение близких. Но даже если близких в короткий период времени удавалось отыскать, спасти или эвакуировать и их состояние не внушало опасений, наши многочисленные контакты с представителями местной администрации свидетельствовали, что они, как и все другие пострадавшие, находятся в состоянии тяжелого стресса и не вполне способны к осуществлению рациональной организаторской, мобилизационной или спасательной деятельности. Возможно, что отчасти это сказалось и на организации спасательной операции в Беслане, где ряд руководителей штаба из числа представителей местной администрации имели родственников среди заложников.

Наши исследования также показали, что во многом аналогичная стадийность и динамика характерны и для специалистов спасательных бригад. Эти данные, естественно, нуждаются в уточнении, но через 3 суток систематической работы

с пострадавшими, телами и фрагментами тел погибших отдельные психопатологические проявления и признаки психофизиологической демобилизации наблюдались почти у 50% спасателей. Все это предполагает разработку специального режима деятельности этих уникальных специалистов и осуществление систематической психопрофилактики, включая дебрифинг и реабилитацию в специализированных терапевтических центрах после каждой спасательной операции.

С точки зрения «группы риска» по ПТСР, не менее уязвимыми, чем спасатели, являются врачи и специалисты психолого-психиатрических бригад, где, как правило, до 50% — женщины, подверженность которых ПТСР почти в два раза выше, чем у мужчин. При этом резистентность к психической травме и психическому заражению у обоих полов начинает повышаться лишь после 25—30 лет, а многие из известных мне постоянных участников спасательных и реабилитационных мероприятий принадлежат как раз к этой возрастной группе. В западной психиатрии весьма распространено понятие «забота клинициста о себе». У нас эта проблема пока лишь обозначена, и преимущественно как теоретическая, и — за исключением психоаналитических кругов, — такая процедура, как супервизия, может быть отнесена к исключительно редким явлениям.

Работа с психической травмой поставила под сомнение ряд традиционных психотерапевтических принципов, и в частности — принцип нейтральности. Например, израильские психоаналитики после убийства Исаака Рабина, так же как американские — после террористической атаки 11 сентября, которые стали общенациональными трагедиями и никого не оставили интактным, начали обсуждать: уместно ли терапевтам умалчивать о собственных переживаниях и травмах, связанных с этими событиями, демонстрируя ложную аналитическую нейтральность? Не является ли «принятие роли всемогущих родителей» в подобных ситуациях в большей степени демонстрацией обычной человеческой неискренности, чем приверженности своей терапевтической позиции? Не уместно ли в таких случаях проявлять сочувствие и интересоваться судьбой родных пациента, а также раскрывать информацию о себе и позволять физический контакт с пациентом в форме рукопожатий, прикосновений и даже раскрытия объятий для рыдающего? Эти дискуссии пока ничем не завершились, но со всей очевидностью стимулировали специалистов на более серьезное отношение к известному тезису Ш. Ференци «об эластичности

психоаналитических техник».

Безусловно, в ситуации общенациональных травм чувства терапевтов (травмированных, как и все другие члены общества) модифицируются, а отношения с пациентами могут приобретать защитный характер, самым негативным образом влияя на терапевтический процесс. Но даже в этих случаях терапевт не должен принимать на себя роль Спасителя или пытаться решить проблему за пациента (и проблема, и способ ее решения — всегда принадлежат пациенту). Потому что, когда терапевт пытается решать за пациента (или подсказывает ему решение), это подразумевает, что последний не мог (и никогда не сможет) справиться с ней самостоятельно, и чем больше терапевт демонстрирует (таким образом), что его клиент бессилен что-либо сделать сам, тем больше укрепляется чувство его беспомощности. Однако это не имеет ничего общего с теми ситуациями, когда терапевт предоставляет психологическую поддержку, сочувствие и дает «подпитку» пациенту из ресурсов собственной личности. Но всегда нужно помнить, что эти ресурсы не безграничны. Мы можем помочь только тем, кому можем помочь. Терапевт, уверенный в том, что может помочь всем, вне сомнения, страдает «комплексом Спасителя» и сам нуждается в терапии.

Работа с посттравматическими состояниями чрезвычайно сложна. Трагические истории пациентов неизбежно вызывают интенсивный эмоциональный отклик, даже если терапевт профессионально контролирует его в процессе сессий. Но вне сессий нередко появляется чувство отчаяния, ощущение бессилия, невозможности помочь пациенту или защитить его и даже переживание вины за то, что самому терапевту не довелось испытать таких ужасных потрясений. На этом фоне вполне возможно возникновение у специалиста «вторгающихся воспоминаний» о событиях, участником которых он не был, а также неприятных и кошмарных сновидений, являющихся безусловным свидетельством опосредованной травматизации, профессионального переутомления и грядущего профессионального сгорания. Как правило, в последующем к этому присоединяются искаженные контртрансферные реакции, в которые постепенно вовлекается собственный травматический или иной личный опыт терапевта, что делает терапию заведомо обреченной на неудачу. И это будет уже косвенным показанием не только к супервизиям, но и к повторной собственной терапии. По непонятным причинам в нашей среде чрезвычайно распространен комплекс всемогущества,

и мной не раз наблюдались ситуации, когда терапевт предпочитает сделать несколько шагов вниз по лестнице профессионализма (вплоть до периодических запоев и даже наркотизации), чем обратиться за помощью к коллеге. Это огромный недостаток нашей цеховой культуры.

Есть ли меры профилактики? В первую очередь: регулярные супервизии и отторжение (таким образом) травматического опыта. Второе — это постоянная взаимная поддержка в профессиональной среде на уровне обычных человеческих отношений. Увы, здесь также не все так уж ладно, и я уже писал об этом, констатируя, что те негативные эмоции и отношения и все иное, что по каплям сочится в наших кабинетах, нередко мутным потоком выливается в кулуары ординаторских и терапевтических конференций. Третье — разумное ограничение количества пациентов, особенно с психическими травмами, принимаемых одновременно. У каждого есть свой «порог» переносимости, но в целом, как показывает опыт, если терапевт принимает более 6 пациентов в день, нужно подумать, чего здесь больше — профессиональной вовлеченности, «невротического бегства в работу» или обычной человеческой жадности (конечно, это не относится к работе в очагах массовых психических травм, где прием всегда бывает более интенсивным, а сессии — короче, но и в этих случаях 10 пациентов в день в течение не более 3 дней должны быть пределом, затем день отдыха, и общий срок такой работы целесообразно ограничивать максимум 3 неделями с последующей реабилитацией специалистов).

Самостоятельным фактором является поддержание границ между профессиональной деятельностью и личной жизнью терапевта. Это многогранный аспект, включающий в себя территориальное разделение места приема пациентов и места проживания (в том числе при работе в очагах массовой психической травмы), приоритеты межличностных, семейных и супружеских отношений над профессиональными (и в этом смысле всегда лучше, когда в семье только один терапевт и в ней есть другие темы для совместных обсуждений, занятий или хобби), постоянно тренируемая способность к переключению внимания и стимуляция конкурентных эмоций (в том числе в процессе общения с природой, кратких, но регулярных путешествий и поездок, посещения выставок, вернисажей, театров, кино и т. д.). Возможно, кому-то это покажется кощунственным, но даже после боевых операций с массовыми потерями мы рекомендовали командирам устраивать

просмотры комедийных фильмов для оставшихся в живых. И уже через некоторое время после начала фильма люди, которые всего несколько минут назад боялись взглянуть друг другу в глаза от бесконечной печали и вины за то, что выжили, начинали падать на пол от неудержимого хохота. Конечно, это было аффективным, но все-таки — отреагированием. Я надеюсь, все поймут, что в данном случае это приводится в качестве варианта эмоциональной разрядки для специалистов спасательных бригад и терапевтов, а не для родных пострадавших.

Несколько слов о модификации социума в очаге массовой психической травмы и (или) всего общества — в случаях общенациональных травм. Усиление базисной тревоги и ухудшение психофизиологического состояния людей, даже находящихся в тысячах километров от трагедии, — это общеизвестный факт, в основе которого лежит неизбежное психоэмоциональное включение субъекта в любое наблюдение. Стоило бы особо подчеркнуть — именно «наблюдение» (или «визуальный ряд», трансляцию которого, как представляется, стоило бы «дозировать» на фоне полного содержательного освещения событий). Неизбежное психоэмоциональное включение формирует феномен «соучастия» и последующие идентификации. Основной формой идентификации в культурном сообществе является идентификация с жертвами и пострадавшими, что тут же провоцирует соответствующие, хотя и не слишком отчетливые психопатологические феномены, и предполагает необходимость широкой социальной терапии. Однако в некоторых случаях возможна защитно-бессознательная «идентификация с агрессором» (особенно у молодых людей), что может приводить к росту правонарушений и преступности.

После подобных трагических ситуаций, как правило, усиливается сплоченность людей или нации в целом, и одновременно люди испытывают потребность в каких-то ярких переменах, чтобы в жизни все стало честнее, благороднее, искреннее, лучше, чем было раньше, что налагает особые обязательства на представителей всех государственных органов.

Не следует забывать и о неизбывной потребности в отреагировании психической травмы у пострадавших и формировании идей возмездия, особенно при персонифицированных психических травмах, то есть — имеющих конкретное «авторство». И если эти идеи не будут реализованы в краткие сроки государством, право которого на санкционированное насилие и

наказания является безусловным, тогда всегда можно ожидать индивидуальных вариантов возмездия, как это было в печально известном случае со швейцарским авиадиспетчером.

Кратко остановимся на еще одной существенной феноменологии. Мы уже отметили, что при массовых психических травмах весь социум оказывается «поврежденным», но особенно страдает ближайшая к травмированной часть общества, то есть — принадлежащая к той же региональной, этнической или религиозной группе. Именно в этой среде начинают спонтанно возникать и распространяться бредоподобные слухи и убеждения, которыми психологически травмированные люди (даже если у них нет явных признаков ПТСР) легко заражаются, вплоть до психических эпидемий, возникновения новых движений и т. п. Исходно такие идеи или эпидемии продуцируются или провоцируются (нередко) всего одним человеком и затем начинают лавинообразно распространяться, по принципу известной житейской мудрости: «Скорее один помешанный убедит сотню здоровых, чем наоборот». Конечно, кроме житейской мудрости, мы должны помнить о механизмах внушения и внушаемости, которая при психических травмах всегда возрастает, особенно в детском и юношеском возрасте. Еще не так давно считалось, что психические эпидемии представляют лишь исторический интерес. В качестве примера подобной эпидемии в Средние века можно привести так называемый «крестовый поход детей», когда в начале XIII века множество детей и подростков из Франции и Германии отправились на освобождение Святой земли и, большей частью, погибли в пути.

До конца XVII века подобные явления случались неоднократно, особенно в женских монастырях, где монахини «внезапно» оказывались одержимыми бесами. Кстати, уже в то время было известно, что «изгнание бесов» неэффективно, так как они имеют склонность возвращаться вновь, а главным терапевтическим принципом было разъединение (изоляция друг от друга) одержимых. Судя по недавним событиям (в декабре 2005 года) в одной из кавказских школ, где девушки с психогенным синдромом спазма дыхания лечились в общих (для всех них) палатах, об этом принципе слегка позабыли. Впрочем, как и о втором важнейшем принципе терапии психических эпидемий — их приступы обычно требуют присутствия «наблюдателей», и особенно — из числа ближайших родных и близких, которые в подобных ситуациях, безусловно, должны быть удалены (а в упомянутом случае дети были

помещены в отделение вместе с родителями).

Если локализовать такие эпидемии в краткие сроки не удается, они могут приобретать очень широкий характер и дополняться идеями мученичества, которое отличается от обычного страдания его содержательным (обычно привнесенным) наполнением и публичностью, тем самым усиливая психическое заражение. Таким образом, в основе психических эпидемий лежат какие-то общепсихологические механизмы, которые не утрачены (с развитием культуры, как предполагалось ранее, а находятся в латентном состоянии) и при соответствующих условиях могут активироваться, при этом распространение эпидемии происходит информационным путем, то есть — возможно не только в результате непосредственного контакта с источником (индуктором) психического заражения, но и на основе любых средств передачи информации.

В заключение следует отметить, что ряд существенных аспектов проблемы, представляющих особое значение для специалистов, по этическим соображениям в двух последних главах не приводятся. Психология выживания не имеет ничего общего с известным тезисом «На миру и смерть красна», и во многом — настолько за пределами всего человеческого, что даже ее осмысление вызывает чувство отторжения.

Глава 20
Кризисная интервенция и дебрифинг при психической травме

Различия между кризисной интервенцией и дебрифингом весьма несущественны, и фактически дебрифинг является одним из вариантов кризисной интервенции или «неотложной психологической помощи» при острой психической травме. Общепризнано, что вся психопрофилактическая работа в этих случаях должна быть «центрирована» исключительно на проблеме, на актуальной ситуации и актуальных переживаниях, а не па личности, и при полном отсутствии оценочных суждений со стороны терапевта. При массовой психической травме в силу понятных оснований такая работа осуществляется в группе, с соблюдением некоторых общих принципов, заимствованных из групповой психотерапии.

Мы не будем здесь останавливаться на индивидуальном варианте работы с

пациентом, применительно к которой достаточно простого выполнения упомянутых выше правил, и перейдем к изложению особенностей дебрифинга при групповой или массовой психической травме. Практический опыт показывает, что правило «проблем-центрированности» в группе (впрочем, как и в случае кризисной интервенции в индивидуальном варианте) всегда оказывается чрезвычайно трудно выполнимым, так как острая травма провоцирует резкое снижение защит и «регресс» к другим (предшествующим) травматическим переживаниям, вплоть до раннего детства. При этом характерно, что чем меньше интенсивность реакции на актуальную психическую травму, тем чаще пострадавшие регрессируют к глубоким личностным проблемам. Поэтому во всех случаях целесообразно сочетать групповую работу с индивидуальной и деликатно выводить старые (глубоко индивидуальные) проблемы за пределы группы (которая, и это очень существенно, по сути — не является терапевтической!). Кроме того, в процессе дебрифинга нужно стараться методически четко разделять не только актуальные переживания и личностные проблемы («вплетенные» в кризисную ситуацию), но и (организационно) распределить время и место их предъявления, а также — специалистов, с которыми проводится их обсуждение (то есть — специалист в области групповой работы не должен совмещать ее с индивидуальной, чтобы не привносить свои установки из одной ситуации в другую).

Еще раз повторим, что дебрифинг не является терапией и не преследует терапевтических задач. Он направлен лишь на минимизацию последствий тяжелой психической травмы. Можно не любить или не принимать концепцию З. Фрейда, но нельзя не признать, что одно из его величайших открытий тысячекратно подтверждено практикой и является основой всех существующих психотерапий. В частности, имеется в виду распространение закона сохранения энергии на психику, а именно — идея сохранения психических содержаний. Согласно этому закону, любое психическое содержание, особенно эмоционально значимое, однажды вошедшее в психику, никогда и никуда не исчезает, а, Как уже отмечалось, трансформируется в другие содержания, при этом тяжелые негативные переживания, как правило, трансформируются в патологические психические и психосоматические феномены. А одним из ведущих способов предотвращения такой трансформации является отторжение аффективных или обычных негативных

психических содержаний путем их вербализации (как правило, многократной и высоковариативной, включая творчество и т. д.).

Считается, что оптимальным для дебрифинга является период около 48 часов после полученной психической травмы. Но, скорее, это отражает длительность организационного периода и появления возможности для начала такой работы. В целом, повторим еще раз, чем раньше начат дебрифинг, тем лучше для пострадавших. Дополнительным обоснованием дебрифинга является установленный нейропсихологией феномен, состоящий в том, что после формирования воспоминаний существует определенный период времени (от нескольких часов до нескольких дней), когда ответственные за них изменения (в психике и/или нейронных цепях) остаются обратимыми. И именно в этот период возможна их модификация с точки зрения содержания и интенсивности аффективных следов.

Следующее существенное примечание. Индивидуальная работа специалиста или деятельность группы совершенно не преследует цели восстановления объективной последовательности или объективного содержания травматического события (это удел следственных органов и т. п. структур). Мы работаем только с психической реальностью, которая, как известно (благодаря тому же Фрейду), отражает или замещает объективную реальность, но никогда полностью не соответствует последней. Задача дебрифинга — не установление истины, не критический разбор ситуации, не сопоставление различных мнений, а именно обсуждение актуальных (большей частью — эмоциональных) проблем и отторжение актуальных переживаний, в какой бы форме оно ни осуществлялось. И даже если мы видим, что рассказ кого-то из пострадавших и нюансы событий, которых, возможно, не было и не могло быть, «творятся» прямо сейчас, то и эта психическая реальность принимается как объективная (для конкретной личности). Этот подход также основывается на известном открытии создателя психоанализа, что само течение этих рассказов, их внутренняя динамика и содержание всегда не случайны и не умышленны, а закономерно детерминированы содержанием бессознательной сферы говорящего. Именно поэтому темы для обсуждения предлагает не терапевт, а члены группы (которые говорят не о том, что было бы интересно узнать «дирижеру», а о том, что им хотелось бы высказать).

Все, что касается проработки проблем, переструктурирования травматического опыта, работы с горем, оплакивания и отреагирования эмоций

— это уже специальные темы, требующие длительной индивидуальной работы с квалифицированным терапевтом. Дебрифинг обычно бывает достаточно кратким (6—10 сессий) и, естественно, он не отменяет необходимость последующей терапии и реабилитации.

Наиболее трудным представляется дебрифинг с различными категориями врачей и психологов, которые хотя и осуществляют его сами с пострадавшими, чаще всего демонстрируют высочайший уровень сопротивления личной психопрофилактической работе и демонстрируют такой же уровень иллюзорной уверенности, что «синдром профессионального сгорания», «профессиональное истощение» или «психическое заражение» — это все не о них. Сказывается и ощущение (нередко — ложное) определенного превосходства над коллегами, привлекаемыми к осуществлению дебрифинга, которые не были вовлечены в работу с пострадавшими и поэтому воспринимаются работавшими в «очаге» как менее опытные профессионально, что, безусловно, также относится к сопротивлению (к нашему счастью, большинство психотерапевтов чаще всего не имеют всего травматического опыта своих пациентов, но это не мешает им быть полезными для них). Поэтому до начала и параллельно дебрифингу специалистов целесообразно проводить семинары, разъясняющие суть и содержание психопрофилактической работы. При работе с психологами, психиатрами и психотерапевтами из Беслана нам неоднократно приходилось использовать ряд образных сравнений. Например, задавался вопрос: «А стали бы вы участвовать в психопрофилактической работе с пострадавшими, если бы они находились на территории радиоактивного загрязнения или в очаге особо опасных инфекционных заболеваний?» Некоторые отвечали утвердительно, другие говорили, что, скорее всего, нет. Тогда предлагался другой вопрос: «А если бы вы все-таки участвовали в такой работе, считали бы вы необходимой последующую реабилитацию и лечение?» Большинство отвечали утвердительно. И тогда было уместно спросить: «Почему же вы, специалисты, не хотите признавать возможность "психического заражения"?» В целом результаты проведенных исследований показывают, что все 3 группы симптомов, характерных для ПТСР (той или иной степени выраженности), наблюдались у 100% специалистов, до этого на протяжении как минимум месяца работавших с пострадавшими в Беслане и Владикавказе. А через неделю работы с этой группой у специалистов «второго уровня дебрифинга» (то есть — вообще не контактировавших с пострадавшими) также стали

проявляться отдельные симптомы травматического генеза, что свидетельствует о необходимости многоступенчатого дебрифинга.

Наряду с проведением дебрифинга в острый период некоторые авторы считают его показанным и в более поздние сроки (до 4 месяцев после полученной психической травмы). При этом цель такого отсроченного дебрифинга остается прежней — отторжение воспоминаний и уменьшение вероятности развития отставленных реакций и отдаленных последствий, что достигается путем вербализации болезненных переживаний на фоне групповой поддержки с соблюдением всех вышеупомянутых правил.

Основы психологического дебрифинга были заложены военной психиатрией еще в годы Второй мировой войны [115]. Его основные принципы в тот период включали в себя: приближенность, оперативность и удовлетворение ожиданий. В частности, применительно к боевым условиям было обосновано, что дебрифинг должен быть максимально (географически) приближен к месту получения психической травмы, осуществляться как можно скорее после травматического событий и предоставлять пострадавшим информацию о том, что их состояние (в данном случае — «боевое истощение») является нормальной (и преходящей) реакций в ответ на боевой стресс.

В последующем дебрифинг активно применялся у пострадавших в результате стихийных бедствий, техногенных катастроф и террористических актов. В процессе этого практического опыта и исследований были выработаны основные правила проведения дебрифинга, часть из которых уже была приведена выше и здесь будет лишь немного дополнена. Одной из главных составляющих успеха таких мероприятий является личность дебрифера, который должен обладать достаточным опытом работы с нарушенными пациентами (в том числе — в группе) и обладать рядом специфических качеств: располагающей внешностью, соответствующим тембром голоса и способностью исходно вызывать доверие.

После знакомства с группой и краткой самопрезентации дебрифер разъясняет цель предстоящей работы (в терминах, соответствующих образовательному и культурному уровню участников), а также сообщает, что все происходящее в группе будет подчинено принципам терапевтической этики и конфиденциальности, поэтому никто не должен опасаться проявления своих чувств, мыслей, ассоциаций и высказываний, каковы бы они ни были. К участию в группе не должны допускаться никакие «внешние» наблюдатели и вообще

любые лица, не имевшие непосредственного отношения к травматической ситуации.

Следующая задача дебрифера состоит в удовлетворении ожиданий группы. Если он имел предшествующий личный травматический опыт, целесообразно кратко поделиться им с группой, тем самым поощряя участников к рассказу об их собственных чувствах и переживаниях и трагическом опыте, у которого нет аналогов. Несмотря на почти всегда присутствующий негативизм группы, очень важно в этот период демонстрировать свою толерантность и не столько говорить, сколько предъявлять себя группе в роли того, кто готов терпеливо выслушать каждого.

Дебрифер должен быть готов к тому, что кроме легко прогнозируемых чувств горя, вины, страха, беспомощности или ужаса с равной вероятностью в группе будут проявляться ярость, гнев и ненависть, которые могут переноситься и на него, и на других членов группы, и уметь управлять подобными ситуациями. В подобных случаях целесообразно также информировать группу о том, что такие реакции после тяжелых психических травм обычны и могут проявиться у каждого, и, если это уместно, дать более широкое пояснение возможных симптомов ОСР, сделав при этом акцент на их преходящем характере (как мы помним, лишь у 3—10% пострадавших в последующем может развиться ПТСР), а также роли мобилизации внутренних ресурсов личности и социальной поддержки (в том числе — в наличной группе) для преодоления последствий травмы.

В период между групповыми сессиями рекомендуется ознакомление с литературой, где в доступной форме, как обычные и нормальные описываются реакции людей на тяжелый стресс (лучше без конкретных примеров), и одновременно не рекомендуется (даже если члены группы связаны на какой-то период совместным проживанием и времяпрепровождением) обсуждать те или иные проблемы вне группы (хотя в той или иной степени это все равно будет присутствовать). Чтобы максимально снизить негативное влияние внегруппового общения, расписание дебрифинга и дополнительных (медицинских, оздоровительных и любых других отвлекающих) мероприятий должно быть достаточно «плотным». Весьма позитивное действие оказывают эстетотерапия, музыкотерапия и общение с природой.

Тем, кто в процессе групповой работы демонстрирует ярко выраженный регресс к личностным (дотравматическим) проблемам, рекомендуются

параллельные сессии индивидуальной работы с терапевтом и дается информация о том, где и когда они могут быть получены. Все члены группы должны знать, что интенсивные реакции, о которых говорят и которые проявляются в группе, предположительно должны пройти в течение нескольких недель. Однако одновременно членов группы предупреждают, что если эти симптомы будут сохраняться более месяца, им следует подумать о возможности получения дополнительной профессиональной помощи специалистов.

Весьма существенное примечание: проведенные исследования показали, что у пострадавших, которые прошли дебрифинг, вероятность развития ПТСР остается прежней (3—10%), что, казалось бы, ставит под сомнения целесообразность этого вида неотложной психологической помощи. Однако в тех же исследованиях [91] указывается, что от 50 до 90% участвовавших в дебрифинге считают, что это существенно способствовало их освобождению от эмоциональных последствий травматического события и преодолению травматического опыта. Таким образом, можно сделать предварительное заключение, что дебрифинг наиболее эффективен в отношении субклинических форм посттравматических реакций, и это ни в коей мере не снижает его практическую ценность.

Глава 21
Терапия психической травмы

Естественно, что мы не будем описывать здесь различные методы терапии, так как никто не может быть специалистом одновременно даже по двум из них, и автор — не исключение. Более того, мы не будем претендовать даже на описание психоаналитического метода, так как для понимания его содержания и сущности, не говоря уже о техниках, требуется как минимум многолетняя теоретическая и практическая подготовка. Так что в этом разделе будет, скорее, перечень методов и общих принципов, которые применяются, могли бы применяться или упоминаются в качестве перспективных для терапии ПТСР. Сразу отмечу, что, принадлежа к психоаналитическому направлению, я ни в коей мере не ставлю под сомнение адекватность других научно обоснованных

методов, таких как внушение, гештальт, поведенческая терапия или даже применение когнитивной терапии (ранее именовавшейся рациональной), которая органически входит во все остальные, но в «чистом виде», именно в силу ее апелляции к рациональности, которой при психической травме остается не так уж много, вряд ли будет успешной. В принципе, любой из этих методов будет эффективным, если он применяется профессионалом с соответствующей подготовкой и опытом. Правда, сразу сделаю одну оговорку: на секции психотерапии XIV съезда психиатров России (15.11—18.11.2005) один из искренне уважаемых мной коллег в качестве самого эффективного метода терапии ПТСР провозгласил «повторное (трансовое) переживание травматического события в гипнозе», что вряд ли адекватно даже просто по этическим соображениям (например, в отношении матери, потерявшей ребенка), не говоря уже о методических вопросах. В целом было бы целесообразно весьма осторожно относиться к любым эмоционально-стрессовым техникам и всем формам так называемого «кодирования» психики, используя их как «необходимое зло» в тех случаях, когда они оказываются почти единственным способом борьбы с еще большим злом (алкоголизмом или наркоманиями) и в этой ситуации заведомо принимаются людьми, которые обращаются к этому варианту гипнотерапии.

Поскольку пациент пока «обречен» получить именно тот метод терапии, которым владеет или который предпочитает конкретный терапевт здесь мы дадим только самые общие сведения, с учетом того, что конкретные техники во всех случаях подбираются индивидуально и могут меняться на различных этапах терапевтической работы. Поэтому далее, как уже было отмечено, основное внимание будет уделяться общим принципам психотерапии при ПТСР, но до этого следует упомянуть «самый распространенный вариант».

Читатель, вероятно, уже догадался, что в последнем случае речь идет о полном отсутствии какой бы то ни было терапии. У нас в стране, несмотря на тысячи нуждающихся в ней после Афганской войны и периода болезненных реформ (а это всегда тяжелая социальная травма, даже если не учитывать «операцию» в Чечне), этот вариант остается основным, хотя все специалисты признают, что терапия при любых психических травмах должна начинаться как можно раньше, так как течение страдания имеет склонность к хронификации и переходу от невротического «регистра» к психотическому. Конечно, ни в Афганистане, ни в Чечне, в отличие от более поздних трагических событий,

никто не получал какого-либо дебри-финга или терапии с переструктурированием травматического опыта. Для этого нужно было хотя бы знать об этом, а отечественные специалисты — не знали, и иметь достаточное количество хотя бы относительно профессиональных кадров. Их тоже не было.

Вне сомнения, в 90-х годах XX столетия российская психотерапия сделала огромный шаг вперед, хотя ее организационно-методическое обеспечение в основном осталось на уровне 80-х годов прошедшего века. Сейчас, уже обладая более адекватными знаниями, мы можем только с горечью констатировать, что то, что было «сэкономлено» на реабилитации тысяч ветеранов и сотен тысяч пострадавших от психических травм в течение последних 20 лет, окажется малой толикой того, что придется потратить на это в последующие 50 лет. И чем раньше эта проблема будет поднята как государственная, тем лучше. Но это если мыслить в глобальном масштабе. А в каждом конкретном случае, особенно при индивидуальной психической травме, мы сталкивается с тем, что в острый период травмы квалифицированная психиатрическая и психологическая помощь — крайне редки, и обычно проходит несколько недель, месяцев и даже лет, прежде чем потенциальный пациент (самостоятельно или по совету близких) придет к выводу о необходимости обращения к специалисту.

Поэтому на первом этапе единственной терапевтической системой становится семья, о роли которой уже упоминалось, но применительно к российской (впрочем, как и к общеевропейской) действительности в целом это упоминание можно было бы характеризовать как «плач по утраченному конкуренту».

Еще одно примечание. Различные методы терапии ПТСР не сильно различаются по эффективности, хотя сравнивать их достаточно сложно, так как каждый автор, безусловно, склонен исследовать, анализировать и хвалить именно то направление, к которому он принадлежит. Кроме того, и методы, и специалисты различаются по популярности, а для психотерапии — это не такой уж несущественный аспект или, как отмечал выдающийся российский психиатр А. А. Портнов: ореол, которым окружено имя врача, является самостоятельным лечебным фактором.

Еще раз повторю, что не буду излагать содержание или техники конкретных методов психотерапии, которым нельзя научить дистанционно, а остановлюсь на основных принципах, которые применительно к краткосрочной терапии были разработаны в психоанализе. Как представляется, в настоящее время они

являются общими для большинства других, в том числе — для поведенческой психотерапии, гештальт-терапии и когнитивной терапии. Думаю, что они могут быть применимы и к интегративным, и к мультимодальным подходам.

Понятие «краткосрочной психодинамической терапии» как официальный термин появилось еще в середине 50-х годов XX века, и с тех пор оно приводится практически во всех методических пособиях. Тем не менее в отечественной практике представления об этом варианте аналитической работы пока достаточно противоречивые. Нередко в процессе супервизии можно услышать: «Это был случай краткосрочной терапии», — а на вопрос: «Почему?» — получить ответ: «Было проведено всего 10 сессий». И иногда это оказывается единственным отличием во всей технике терапевтической работы. Поэтому в излагаемом материале основное внимание будет уделено как раз методическим и техническим различиям.

В соответствии с традиционным подходом неотъемлемыми атрибутами психоанализа считаются кушетка, ориентация терапевта и пациента на месяцы и годы совместной работы с весьма интенсивным сеттингом и проникновением в глубокие слои памяти и бессознательного, при минимизации активности терапевта. Но следовало бы признать, что все это — лишь внешние атрибуты психоанализа, в действительности же главное — содержание психодинамического подхода и адекватное применение психоаналитической теории и техник могут вполне обходиться и без всех упомянутых внешних факторов.

Активность аналитика может существенно варьироваться, и в значительной степени это определяется не только формой или выраженностью расстройства, но и ориентацией пациента на сроки терапии и доступный ему (по материальным или иным соображениям) ее объем. Психодинамический терапевт (в отличие, например, от интегративного или мультимодального) не выбирает метод работы применительно к конкретному пациенту и уж тем более — не меняет его в процессе терапии. Метод и методология у нас одна — психодинамическая. Но в зависимости от упомянутых выше условий аналитик определяет свою терапевтическую технику и тактику. Краткосрочная психодинамическая терапия является одной из таких тактик.

Возникновение интереса к краткосрочной терапии в западных странах обычно связывают с периодом Второй мировой войны, и считается, что этот интерес был продиктован нуждами военного времени — большим количеством

нуждающихся в терапии с очень низким материальным статусом и ограниченными возможностями для протяженного взаимодействия с терапевтом, что характерно для всех случаев массовых психических травм.

Однако нужно отметить, что этот интерес и эта тенденция с тех пор по сути никогда не угасали, а в последние десятилетия стали еще более значительными. И для этого есть конкретные причины как социально-психологического характера (в наше динамичное время все апеллирует к скорости, к обретению здоровья «здесь и сейчас»), так и экономического (и не только со стороны пациентов, но и со стороны страховых обществ, которые в большинстве стран, за исключением Германии, финансируют от 6 до 12 сессий психотерапии).

Существует ошибочное мнение, что психоанализ весьма негативно относится к краткосрочной терапии и даже вообще не расположен к ней. Поэтому здесь уместно напомнить, что уже 3. Фрейд активно применял краткосрочную терапию, но первые систематические исследования в этой области (выполненные в Чикагском институте психоанализа) принадлежит Францу Александеру, который последовательно отстаивал принцип «интеллектуальной реконструкции инфантильных переживаний», где уже были обозначены современные подходы к реструктуризации травматического опыта [1]. Александер также уделял особое внимание исследованию функций Эго и текущей жизни пациента, подчеркивая, что нужно более гибко подходить к определению его потребностей и его запроса к терапии. Одним из открытий Александера этого периода можно считать введение понятия о «корректирующем эмоциональном переживании» в ситуации переноса.

Эти исследования по сути и составили основу краткосрочной психодинамической терапии. Главная идея Александера, которая была поддержана большинством последователей, состоит в том, что терапевт должен всегда исходить из психоаналитической теории и модели, но с учетом запроса пациента. Естественно, что в случае ПТСР основной должна быть психоаналитическая теория травмы, о чем уже говорилось в первых главах этой книги. Александер также подчеркивал, что краткосрочный вариант работы предполагает наличие у терапевта солидной практики, так как лишь опытный аналитик способен оперативно определить главную проблему пациента и наметить конкретные цели терапии, ограниченной узкими временными рамками. Что особенно важно — во всех подобных случаях аналитик должен

постоянно поддерживать более высокий (чем при длительной терапии) уровень профессионального внимания, чтобы не просто пассивно «следовать» за пациентом, а своевременно решать: стимуляции какого материала ему следует избегать (даже если пациент обращается к этому материалу) и какие пласты проблем вообще не стоит затрагивать. При этом вопрос о том, на какую длительность совместной работы рассчитывает пациент, должен быть прояснен еще в процессе предварительного интервью.

В целом такой подход, казалось бы, резко контрастирует с традиционной психоаналитической терапией, в процессе которой, как считается, аналитик всегда старается проникнуть в суть проблем пациента настолько глубоко, насколько это возможно. Но это также лишь видимость: в своей работе опытный аналитик всегда начинает с «поверхности», идет с той «скоростью», которая приемлема для пациента, старается не стимулировать ничего, кроме собственного материала пациента, а также постоянно оценивает — не будут ли переживания следующего «пласта» слишком болезненными или даже непереносимыми для пациента.

Естественно, что в процессе краткосрочной терапии аналитик работает только с самыми верхними пластами, а при ПТСР — только с актуальной травмой, избегая как чрезмерного усиления переноса, так и регресса пациента, которого вследствие травмы и так более чем достаточно. С этой целью в процессе краткосрочной психодинамической терапии предварительное интервью и сессии чаще всего проводятся лицом к лицу, а интенсивность сеттинга является достаточно низкой (2—3 раза в неделю) и, как правило, в этом случае пациенту вообще не предлагается использовать свободные ассоциации. Весь курс терапии при этом ограничивается 10—12—15 сессиями, хотя в отдельных случаях он может увеличиваться до 30—40 сессий, а его протяженность составляет в среднем от 2 до 9 месяцев.

Одновременно с этим в процессе краткосрочной терапии аналитик, как уже отмечалось, демонстрирует гораздо большую активность, эмпатию и рациональную аргументацию, но (в последнем случае) также реализуемую на основе психоаналитической концепции, и преимущественно — без интерпретаций, давая пациенту поддержку и акцентируя внимание на реальных изменениях в его жизни и его состоянии. Проблем-центрированный подход не следует понимать слишком узко: предметом обсуждений могут быть и другие события и изменения, как предшествовавшие обращению к терапевту,

так и на наблюдаемые непосредственно в процессе терапии.

В подобных ситуациях мы всегда стремимся к позитивному переносу и целенаправленно избегаем акцентов на его амбивалентных проявлениях. Главная задача терапевта в отличие от «типичных случаев» — не обострять патологию, не провоцировать невроз переноса, а стабилизировать состояние личности (с опорой на ее собственные резервы).

Существенным вопросом, который должен быть деликатно решен еще в процессе предварительного интервью, является готовность пациента к принятию психологической помощи и понимание им психологической природы его страдания. Если эти факторы отсутствуют, это является прямым противопоказанием, в принципе — к любой психотерапии, а краткосрочной — особенно.

В целом задачи психоанализа существенно сужаются: мы не ставим в таких случаях задачу реконструкции личности, а постоянно остаемся только в рамках актуальной проблемы и исключительно — актуальной терапевтической задачи. Однако при этом ни на секунду не прекращается аналитическое исследование пациента, но с качественно иным подходом: мы не формируем ту личность, какой она могла бы стать при отсутствии погрешностей в развитии, а апеллируем к той личности, которая есть, и предоставляем ей возможность использовать наличные ресурсы для того, чтобы восстановить душевное равновесие. Это, естественно, дополняет перечень диагностических критериев, в частности фактором достаточной сохранности личности (с точки зрения ее пригодности для краткосрочной терапии).

Еще раз повторю, мы целенаправленно формируем позитивный перенос и демонстрируем пациенту позитивный контрперенос (отсутствие последнего у терапевта также является прямым противопоказанием к работе с конкретным пациентом). Несколько упрощая, можно сказать, что именно образ хорошего родителя, чья любовь, понимание и принятие снижают значимость актуальной (реальной или мнимой) угрозы, утраты или психической травмы, являются ключевым элементом краткосрочной психотерапии.

Еще несколько примечаний. Первое: несмотря на современные дискуссии по этой проблеме, любовь не демонстрируется терапевтом, даже вербально, но она обязательно подразумевается. Второе: влечения в процессе работы с психической травмой практически не вскрываются и не интерпретируются, хотя может обозначаться возможная связь между функциями Эго и влечениями,

связанными с посттравматическим конфликтом. А адаптивные функции Эго (также — косвенно) поощряются, преимущественно путем предоставления («возвращения») пациенту рациональной информации из его же материала, его же установок и поведения, а также путем демонстрации ему (обычно не замечаемых им самостоятельно) взаимосвязей, по его представлениям, никак не связанных между собой фактов. Такой подход в свою очередь способствует интеграции и укреплению Эго, усилению его защитных функций и способности к адекватному тестированию реальности и в конечном итоге обеспечивает принятие этой трагической реальности, постепенно приобретающей в результате терапии качественно иные характеристики — печального прошлого.

Таким образом, в краткосрочной терапии ПТСР можно выделить три основных этапа: 1) установление доверия и формирование у пациента чувства безопасности для предъявления любого эмоционального и вербального материала; 2) проблем-центрированная работа в сочетании с поддерживающей терапией; 3) интеграция личности пациента и обращение его к реальности с последующим переходом к формированию жизненной перспективы. Думаю, большинство согласится — это достаточно серьезная задача для 12—15 сессий. Но она разрешима, и в будущем я постараюсь привести примеры нескольких подобных случаев.

Особо следовало бы подчеркнуть, что для пациентов с ПТСР одномоментный отказ от защит и имеющихся стратегий избегания невозможен и даже опасен, так как они могут не справиться с невыносимыми страданиями и силой аффекта. Поэтому формирование ощущений безопасности представляется одной из самых важных и самых сложных задач, которая предполагает, что пациент никогда не останется один на один со своим горем, а терапевт ни при каких условиях не будет испуган, взволнован или потрясен и не испытает растерянности или брезгливости, какой бы материал ему ни был предъявлен. Даже если самообвинения пациента или обвинения терапевта в том, что он мучает пациента, в том числе — если его крики и рыдания будут слышны на противоположной стороне улицы, где расположен офис терапевта, нельзя просить его вести себя потише или утешать (в житейском варианте этого слова). Аффект должен быть отреагирован, а пациент «вознагражден» принятием терапевта, понимающего, что ему давно хотелось выразить (излить, выкричать) эту боль; и это большое доверие, что он сделал это здесь в присутствии другого человека. В случае обвинений в адрес терапевта (чаще

всего в том, что именно он причиняет боль) нужно спокойно и деликатно объяснить пациенту, что, возможно, терапевт совершил какую-то ошибку, но сила эмоций, которую демонстрирует пациент, показывает, что они неизмеримо больше, чем могла бы вызвать оплошность терапевта, и, скорее всего, эти чувства относятся не совсем к нему, а может быть — и совсем не к нему. И затем уместен вопрос — а к кому или к чему еще могли бы относиться эти чувства? Таких частных («типичных») ситуаций может быть огромное множество, и, возможно, я вернусь к этой теме в будущих публикациях.

Что чаще всего вызывает сомнения и критическое отношение аналитиков к краткосрочной терапии? Прежде всего то, что с психоаналитической точки зрения бессознательный конфликт пациента нередко остается неизвестным ему, и тем самым как бы нарушается один из основных принципов психоанализа — сделать бессознательное сознательным. Но в данном случае терапевт должен исходить не из своей приверженности тем или иным принципам психоанализа, а из того, что пациент ставит перед собой и перед терапевтом вполне конкретную задачу: разрешение актуального конфликта. И успех терапии определяется лишь тем, решена ли эта задача.

Некоторые специалисты считают, что в краткосрочной терапии можно усиливать акцент на интерпретациях, если опытный терапевт смог оперативно выявить основную проблему и очертить основные задачи и направления ее проработки, а также уверен в возможности такой проработки в краткие сроки (что, естественно, предполагает достаточную сохранность и возможность опоры на собственные ресурсы личности пациента). Но в любом случае при краткосрочной терапии такая работа будет направлена только на облегчение или устранение симптома, а главной задачей остается работа с травмой. Если этого не происходит и терапевт остается в рамках догматического понимания психоанализа, возникает парадоксальная и трагическая ситуация, когда терапевт последовательно уклоняется от обсуждения насущной проблемы, а пациент тщетно пытается получить помощь и облегчение.

Безусловно, следует признать, что если обычно психоанализ апеллирует преимущественно к патологическим паттернам поведения, реализуемым бессознательно, то в рамках краткосрочной терапии первостепенное значение имеют психологическая поддержка, создание безопасных условий для оплакивания и отреагирования, а также утешение и даже суггестия. Однако понимание и реализация всех этих механизмов и реакций остаются глубоко

психоаналитическими, более того, вне аналитического контекста это будет уже другая терапия.

Нельзя не признать, что в данном случае психоанализ отчасти сближается с рациональной терапией, но, безусловно, не подменяется ею, так как продолжает базироваться на метапсихологии, представлениях о структуре психики и таких базисных понятиях, как «бессознательное», «сопротивление» и «защита», а также таких психодинамических феноменах, как «перенос», «отреагирова-ние», «оплакивание», «катарсис», «интерпретация», «ин-сайт» и т. д., полностью отсутствующих в когнитивном подходе.

Поскольку мы никогда не знаем точно, насколько пациент ориентирован на протяженный курс анализа с высокой интенсивностью сеттинга, можно сказать, что каждый случай должен начинаться как вариант краткосрочной терапии, и уже в процессе ее возможно принятие совместного с пациентом решения о том, готов ли он и хотел бы он пойти дальше.

Как правило, у начинающих терапевтов почти все случаи оказываются краткосрочными, в то время как наиболее успешным этот вариант корригирующего воздействия может быть только в руках очень опытного терапевта. И в этом состоит один из парадоксов краткосрочной психодинамической терапии.

Глава 22
Новые терапевтические техники

В качестве одной из тенденций развития значительной части современной психотерапии нельзя не замечать ее ориентацию на деперсонализацию отношений с пациентом, которые опосредуются самыми различными способами — от психофармакологической «защиты» терапевта от переживаний пациента до самых изощренных технических систем. Эти пути, конечно же, не станут главными, более того, уверен, что их значимость будет постоянно снижаться, но мы должны знать о них, и в тех случаях, когда к ним есть показания (одним из которых является вера пациента в их эффективность), применять их в комплексной терапии. В этом разделе мы приведем всего три относительно новые разработки, не так уж давно появившиеся в терапевтической практике или принадлежащие к новейшим исследованиям в смежных областях знания.

EMDR

К популярным в современной психотерапии направлениям в первую очередь следует отнести неожиданно приобретшую широкую распространенность на Западе (при лечении депрессий и ПТСР) терапевтическую технику[1] — Eye Movement Desensitization Reprocessing (EMDR), название которой на русский переводится весьма интригующе — как «Десенситизация и проработка движениями глаз»[2]. Если перевести это название более понятным русским языком — речь идет о снижении чувствительности (de-sensitivity) и усилении способности к переработке (re-processing) психической травмы путем косвенного воздействия на психодинамику (в частности, в результате движений глаз). То есть русским эквивалентом аббревиатуры могло бы быть нечто типа «ПДГ» — «психотерапия движениями глаз», вместо уже получившей распространение «кальки» — ЕМДР.

1 В настоящее время в психотерапии, как уже отмечалось, существует всего пять методов, к которым предъявляется ряд безусловных требований: они базируются на конкретной теории личности и соответствующей модели психопатологии, разработанной методологии, методике и терапевтической технике, а также имеют собственную стратегию и тактику, реализуемые в рамках строгой терапевтической этики и относительно стандартизированных процедур терапевтического взаимодействия с пациентом или клиентом. Подготовка специалистов по конкретному методу предполагает теоретический курс (от 3 до 5 лет), «познание границ собственной личности» (апробацию метода на себе и проработку собственных проблем, чтобы не привносить их затем в терапию), начало практики и супервизорскую подготовку под руководством опытного коллеги с последующей общественной аккредитацией (признанием специалиста в качестве такового профессиональным сообществом). К таким методам относятся: бихевиоральная (поведенческая) терапия, гештальт-терапия, психодинамическая терапия (психоанализ), рациональная (когнитивная) психотерапия, а также терапия внушением (гипноз и его варианты). Иногда выделяют также гуманистическую психотерапию, которая являлась попыткой синтеза бихевиорального и психодинамического подходов. В отечественной практике остается широко распространенной интегративная (мультимодальная) психотерапия. Все остальные варианты психотерапий можно было бы отнести к терапевтическим техникам и(или) техническим приемам (в настоящее время описано более 20 тыс. таких техник).

2 Также в специальной литературе на русском языке получил распространение такой перевод названия этой техники как «Десенсибилизация и проработка травм движениями глаз».

Вообще, многие терапевтические техники в психиатрии и психотерапии разрабатывались случайным образом. Например, метод лечения электрошоком

был открыт в процессе забоя скота: при низкой мощности электрического разряда животное не погибало, а демонстрировало своеобразный «эпилептический статус». А поскольку в то время исходили из «теории моно ответа» организма, и считалось, что при наличии эпилепсии шизофрении быть не может, вот и решили «изгонять дух» последней таким, мягко говоря, варварским способом (как говорят в таких случаях современные молодые люди: «шаманы отдыхают»).

Удивительно, что этот «метод» все еще активно применяется, и не далее как в прошлом году я супервизировал случай пациентки моего коллеги Я. О. Федорова, которая до обращения к нему получила 15 сеансов электрошока по поводу шизофрении, что оказалось неэффективным. Затем она была подвергнута массированной фармакотерапии (в течение трех месяцев) и выписана из отделения «с существенным улучшением в результате проведенного лечения». Обратившись в последующем к психотерапевту, пациентка со временем сообщила ему, что указанные в истории болезни психофармакологические средства не принимала (или выплевывала, или вызывала у себя рвоту). Кстати, клинически установленный диагноз, который, безусловно, трудно верифицировать по истечении длительного времени, вызывал большие сомнение и у меня, и у ее психотерапевта, с которым пациентка продолжает работать и сейчас, вернувшись к активной социальной жизни.

Создание техники ПДГ также имеет необычную историю. Эту новую, вначале вызвавшую острую дискуссию технику лечения (именно депрессий и психической травмы) открыла доктор Ф. Шапиро уже почти двадцать лет назад (в 1987 году). Гуляя по парку, она неожиданно обнаружила, что беспокоившие ее мысли куда-то исчезли. Она также отметила, что когда она попыталась вернуться к ним, они уже не были такими значимыми, как прежде. Далее коллега сопоставила два наблюдения: когда ей в голову приходили тревожные мысли, ее глаза начинали быстро двигаться в разные стороны, а следовательно, она считала возможным сделать вывод, что это демонстрирует некий естественный механизм, направленный на коррекцию травматических переживаний [127].

Метод имеет много сторонников в современной западной психотерапии. И если на начальном этапе такие сеансы — наблюдение за движением руки или какого-либо предмета в руке, перемещаемого перед глазами пациента, —

лимитировались преимущественно чувством усталости терапевта, то сейчас их длительность строго дозирована, и созданы специальные аппараты, задающие ритм и направление движения глаз. Авторы и приверженцы метода сообщают о почти 70% успешности его применения.

Психотерапия с использованием биологической обратной связи (Biofeedback therapy)

Этот подход известен очень давно, и В. С. Лобзин и я описывали его еще в 1986 году в нашей монографии «Аутогенная тренировка» [30], изданной небывалым по тем временам тиражом 250 тыс. экз., так что большинство специалистов старшего поколения хотя бы в общих чертах знакомы с ней. С тех пор эта методика получила очень широкое распространение в поведенческой терапии и существенно модифицировалась (в связи с развитием техники), поэтому также приведу лишь наиболее общие сведения о ней.

Понятие «биологическая обратная связь» применяется только в отношении тех случаев, когда обеспечивается предъявление информации о состоянии физиологических функций для того же субъекта, который генерирует данную физиологическую информацию (или — является ее источником). Вначале сопоставление физиологической информации и психических содержаний нашло применение в так называемых «детекторах лжи», однако очень быстро оно стало претендовать на самостоятельное направление в медицине, так как оказалось, что получая информацию о тех или иных физиологических функциях (например, артериальном давлении, пульсе, биоэлектрической активности мозга или даже количестве лейкоцитов в крови), можно научиться управлять ими.

В середине 80-х годов XX века этот подход казался очень перспективным, и мы даже сформулировали тогда «концепцию опроизволивания», сущность которой состояла в том, что «нет функций, не подвластных сознательному контролю; есть функции, задача целенаправленного опроизволивания которых не ставилась или с учетом современных технических достижений пока не может быть решена» [30]. В принципе, эта концепция не утратила своей значимости, хотя длительность и стоимость (в том числе — для пациентов) формирования таких навыков существенно снизили оптимизм исследователей.

К этой же группе — технических методов — можно было бы отнести стимуляцию на основе электроэнцефалографических показателей или

использование звуковых раздражителей определенной частоты для воздействия на нейродинамику (так называемые «стимуляция» и «релаксация» мозга), а также лечение с помощью цвета и светового облучения поверхности тела. Вне всякого сомнения, в теплой атмосфере оранжево-зеленых тонов с ярким светом, приятной музыкой и ощущением, что тобой занимаются, ничего плохого для пациента быть не может. Следовало бы упомянуть еще и хорошее питание. Но если к этим, вполне применимым и в ветеринарной практике, техникам добавить еще и адекватное психотерапевтическое воздействие, то эффект, конечно, будет лучше. Увы, психические проблемы, сколько бы усилий ни тратили материалисты от медицины, не имеют (и, думаю, никогда не будут иметь) химического или физического варианта решения.

Устранение плохих воспоминаний

В 2003 году в журнале «ABC Science Online» прошло сообщение о том, что израильские ученые под руководством профессора Эйзенберга в опытах на животных открыли новые данные о функционировании мозга, и недалек тот день, когда тяжелые травматические воспоминания и переживания можно будет просто удалять из памяти, так же как это делают хирурги с чреватыми воспалением тканями [125]. Исследования проводились на крысах и рыбах с помощью психофармакологических средств по специальной методике, которая, по мнению авторов, позволяла стирать конкретные следы в памяти без какого-либо воздействия на другие воспоминания.

Как нам известно из экспериментальной психологии, каждое событие, попадая в психику, проходит несколько стадий запоминания или «созревания» в качестве того, что запомнилось (так называемый процесс «консолидации») (*Напомним, что в отличие от этого в психоанализе считается, что любое событие, хотя бы однажды попавшее в сознание, никогда не забывается, что затем было многократно подтверждено в опытах с внушенным возрастом. И в этом смысле гораздо более близкой мне является идея о том, что человек вообще ничего не забывает, но, к счастью, не все может вспомнить. Но приверженность этой гипотезе ни в коей мере не снижает моего интереса к исследованиям, базирующимся на достижениях классической или экспериментальной психологии.*)

Ранее считалось и даже обосновывалось экспериментально, что можно, используя специальные препараты, удалить свежее воспоминание, но только в рамках определенного «окна» во времени — не более одного-двух часов после того, как событие попало в сознание, но еще не «консолидировалось».

Позднее была выдвинута новая гипотеза, позволяющая предполагать, что «окно доступа» для стирания конкретного воспоминания неизбежно открывается всякий раз, когда это воспоминание оказывается («всплывает») на уровне актуального сознания. Однако попытки экспериментального подтверждения этой гипотезы были весьма нестабильны — одни воспоминания стирались, другие — нет. Упомянутая выше группа израильских исследователей сообщала, что они разработали специальную методику, с помощью которой можно заранее установить, какие воспоминания можно стереть, а какие — нет.

В соответствии с существующей психофизиологической концепцией воспоминания существуют в ассоциативных «пачках». Например: аппетитный рисунок любимого блюда вызывает воспоминания о его вкусе и запахе, конкретный человек обычно вспоминается в приятном, неприятном или индифферентном контексте. Когда мы только собираемся в очередной раз доставить себе удовольствие любимой пищей или неожиданно встречаемся с тем или иным человеком, все связанные с ними воспоминания мгновенно всплывают; но всегда имеется некая «доминирующая» ассоциация, которая и определяет, станем ли мы наслаждаться едой или откажемся от нее, улыбнемся ли мы этому человеку или сделаем вид, что не заметили его. Здесь можно было бы в равной мере апеллировать и к психоаналитическим моделям, в частности основанным на методе и законах ассоциации.

Эйзенбергу и его исследовательской группе якобы удалось обнаружить условия и механизмы, которые позволяют стирать именно «доминирующие» воспоминания. Они использовали для этого обонятельные раздражители у крыс и вспышки света у рыб, условнорефлекторно связывая их с хорошими и плохими воспоминаниями. В обоих случаях в авторских экспериментах (что всегда требует подтверждения в независимых исследованиях) было установлено, что доминирующим воспоминанием было именно то, которое можно стереть при помощи соответствующего препарата в течение ближайших нескольких минут после того, как оно актуализировалось в памяти. По мнению авторов, это открытие может привести к созданию качественно новых методов стирания нежелательных воспоминаний, а следовательно, лечению некоторых видов психической травмы, хотя исследования на людях пока не проводились.

Комментируя эти данные, австралийский исследователь памяти доктор Никки Рикард выразила удивление прежде всего тем, что именно доминирующие воспоминания оказываются открытыми для модификации, и высказала

сомнение в возможности развития таких видов лечения.

С учетом того, что воспоминания существуют в виде взаимосвязанных ассоциативных групп, она считает маловероятным разработку препаратов, которые могли бы устранять «плохие воспоминания» избирательно. Тем более, как отметила доктор Рикард: «Вы не можете спросить у животных, к которым применялись стирающие память препараты, не произошла ли у них утрата других воспоминаний, которые они не хотели бы терять» [125]. И с этим никто не станет спорить, так же как и с тем, что в подобных разработках этических проблем еще больше, чем в дискуссии вокруг клонирования.

Несколько лет назад мой друг из Бостона доктор Гари Голдсмит написал своему коллеге в связи с утратой сына: «Я знаю, что ты сейчас наполнен горечью, и, возможно, на всю оставшуюся жизнь, но также знаю, что ты никогда бы не согласился, чтобы его вообще не было». Очень точные слова. В большинстве случаев невосполнимых утрат горечи никогда не становится меньше, потому что есть вещи, которые нельзя пережить, и приходится учиться жить с ними. Но вряд ли кто-то согласится стереть эти воспоминания, как бы мучительны они ни были, потому что это последнее, что связывает с утраченным, а следовательно — эта утрата еще не полная и будет такой до тех пор, пока в памяти живет любимый и бесконечно дорогой образ. Мы остаемся людьми, пока сохраняем способность радоваться и страдать. И, по моим представлениям, в последнем — гораздо больше того, что отличает человеческое от животного.

Часть III

Исторические, социальные и этнические травмы

Предисловие

Когда в мою книгу «Психодинамика и психотерапия депрессий» [62] был впервые включен самостоятельный раздел «Депрессивный мир», где рассматривались вопросы глобализации, исламское противостояние и социально-психологические проблемы современных реформ в России, одни

коллеги говорили, что это одна из самых интересных ее частей, а другие — недоумевали: зачем? И приходилось напоминать им, что понятие «социального здоровья» все-таки существует, и более того — именно социально-психологические факторы во многом определяют патоморфоз1 современной психопатологии. Одновременно с этим мне приходилось неоднократно убеждаться, что клинический подход к анализу социальной реальности оказывается в ряде случаев чрезвычайно эффективным и востребованным. Безусловно, здесь требуется особая деликатность, но без апелляции к общим закономерностям функционирования индивидуального и группового сознания многие общественные феномены оказываются непонятными.

Патоморфоз (греч.) — изменение клинических проявлений страдания по сравнению с их классическим описанием под влиянием различных факторов внешней среды (биологических и социальных).

Вначале предполагалось включить в третью часть несколько дополнительных глав, в том числе, статью «Современная демократия: тенденции, противоречия, исторические иллюзии», посвященную предстоящей утрате исторических иллюзий. Но поскольку все эти статьи уже были неоднократно опубликованы, в том числе в моей монографии «Психодинамика и психотерапия депрессий» [62], несмотря на их прямую связь с основной темой этого издания, мы с редактором отказались от первоначального плана. Но тот, кого данная тема интересует, легко найдет эти работы. В результате книга стала чуть тоньше, и, надеюсь, это порадует читателя.

В итоге в третью часть вошли только два из моих последних докладов, которые представлялись на российских и международных конференциях в 2004—2005 годах и многократно перерабатываемая с года первой публикации (1995) работа «Психопатология героического прошлого». Естественно, что в отличие от статей или глав монографии доклады имеют свою специфику изложения, но мне не хотелось переписывать их с учетом происходящих перемен и появления все более очевидных подтверждений их прогностической значимости. Поэтому основные тексты лишь существенно сокращены. Надеюсь, что они будут интересными для читателя и позволят расширить представления о процессах и переменах, происходящих в современном мире, который постепенно становится все более травматичным.

Глава 23

Психопатология героического прошлого [1]

Традиционная для России героизация военного прошлого в последние годы подверглась существенным трансформациям как в связи со спецификой политической и нравственной оценки афганских и чеченских событий, так и в связи с более полной и гораздо более объективной информацией об ужасах Гражданской и Второй мировой войн.

Не вдаваясь в подробное обоснование, я хотел бы сразу отметить, что героизация — это обычно удел победоносных войн и всегда имеет в значительной степени компенсаторное значение. Поражение, в том числе моральное, даже при реальном успехе всей кампании, создает для ее участников принципиально иную социально-психологическую ситуацию, проекция которой простирается на всю оставшуюся жизнь.

В 1989 г. на основании афганского опыта и, вначале — недоверчивого, а затем все более потрясающего меня сопоставления его с опытом участников Второй мировой войны, по аналогии с известным определением Н. И. Пирогова, я назвал войну «эпидемией аморальности».

1 Впервые опубликовано под заголовком «Психопатология героического прошлого и будущие поколения в кн.: Актуальные вопросы военной и экологической психиатрии. — СПб.: Военно-медицинская академия, 1995. С. 38-45.

Основанием для этого вывода послужили не «отдельные случаи» маргинализации языка и быта, о которой периодически вспоминают режиссеры и писатели, и даже не безусловная аморальность (с точки зрения нравственных императивов XX в.) такого способа разрешения конфликта, как физическое уничтожение противника, в большинстве случаев принимаемое и оправдываемое как необходимое зло, а реальная криминализация и психотизация поведения личности в боевых условиях.

Проведенный на протяжении последних лет анализ позволил сделать очень непростой для меня вывод о том, что наряду с реальным героизмом, взаимовыручкой, боевым братством и другой относительно позитивной атрибутикой войны грабежи и убийства (как исход «разборок» среди своих), средневековые пытки и жестокость к пленным, самое извращенное сексуальное

насилие в отношении населения (особенно — на чужой территории), вооруженный разбой и мародерство составляют неотъемлемую часть любой войны и относятся не к единичным, а к характерным явлениям для любой из действующих армий, как только она вступает на территорию (особенно — в случае иноязычного) противника.

Уже затем и обычно много позднее в сознании ее непосредственных участников война начинает идентифицироваться со страхом смерти, унижением плена, непростительностью вины и неизбежностью возмездия за все содеянное. Но все это приходит потом и в отличие от публично провозглашаемых героических воспоминаний молчаливо проецируется на все межличностные, в том числе и прежде всего — внутрисемейные отношения, составляя часть их эмоционального поля, а иногда и весь их эмоциональный фон, когда немой ужас дня сменяется криками, доносящимися из ночных кошмаров.

Сейчас уже всем известны и многократно описаны даже в популярной литературе некоторые поведенческие и психопатологические эквиваленты этой неизбывной тревоги (страх нападения сзади, бредовые идеи идентификации себя с убитыми, навязчивые идеи самобичевания и т. д.). Но это лишь наиболее очевидные, крайние и потому легко идентифицируемые специалистами проявления ПТСР, в «анамнезе» которых скрываются мучительные воспоминания прошлого.

Казалось бы, самый простой способ — забыть обо всем, но память не отпускает. Мы совершенно не учитываем, что, как правило, эти воспоминания глубоко персонифицированы друзьями юности, которые остались там навсегда, и вычеркнуть погибших из памяти для большинства участников этих событий — это все равно, что еще раз убить их, теперь уже окончательно. Чаще всего это оказывается невозможным. Они живут в каждом из оставшихся в живых, которые чувствуют себя обязанными не только помнить, но и мстить за обманутые надежды, оплеванную боевую славу, поруганную честь и униженное достоинство. Поэтому любые действия окружающих, затрагивающие именно эти болезненные струны, вызывают столь неадекватные реакции, нередко потрясающие своей немотивированной жестокостью.

Я могу привести несколько подробно изученных мной случаев, когда «обычное» — по современным меркам — оскорбление личности «афганца» незамедлительно «каралось», в том числе смертью: случай с осужденным М., убившим 17-летнего юношу только за то, что тот назвал его «козлом» и

отказался извиниться; случай с осужденным Ф., задушившим в процессе ссоры своего знакомого, пренебрежительно отозвавшегося о его боевых наградах; случай с Л., бросившим гранату в ни в чем не повинных людей лишь за то, что они не проявили к нему должного (по его представлениям) уважения; случай с В., нанесшим тяжелые увечья своему знакомому только потому, что тот, спускаясь по лестнице, предпочитал идти немного позади и казалось, что от него исходит угроза, и др.

Наблюдая семьи афганцев, я обратил внимание на то, что в одних из них родители на первый взгляд охотно делятся пережитым с детьми, при этом всегда (более или менее) приукрашивая и позитивируя свое боевое прошлое. В других — полностью отрекаются от этого прошлого, что вызывает у детей достаточно специфическое его восприятие: это прошлое предстает как нечто настолько ужасное, что не имеет права на упоминание в семейном кругу. Уместно отметить, что аналогичные реакции в свое время наблюдались в Германии у детей нацистов и сейчас в некоторых случаях отмечаются в последующих поколениях российских граждан, родители которых были причастны к массовым репрессиям 30-х годов XX века.

Основным и общим во всех этих ситуациях является то, что реальные участники боевых (или других — позднее квалифицированных как преступления против личности) действий не имеют никакой возможности вербализовать (и тем самым - отторгнуть) их криминальный опыт и мучительные переживания, о которых даже в собственной (афганской или другой) среде, как правило, не принято вспоминать.

И даже в тех единичных случаях, когда бывшие боевики попадают на прием к психиатру или психотерапевту, большинству из них не удается перешагнуть барьер и по собственной инициативе рассказать о том, как живьем зажарил на костре пленного афганца-снайпера, перед тем (за день до увольнения в запас) убившего его друга и односельчанина, как сбросил с вертолета захваченного в горах мальчишку, как целым взводом насиловали малолетнюю девчушку-афганку, как десятками расстреливали мирных жителей или бомбили их поселки только от неукротимого чувства мести и отчаяния (я привел лишь несколько случаев подобного рода, достоверность которых не вызывает у меня сомнений).

Чтобы у непосвященного читателя не создалось одностороннего понимания подобных событий, отмечу, что таким ситуациям соответствовали (по понятным

причинам я не говорю «предшествовали») аналогичные действия противостоящей стороны. Мы стали свидетелями того, как невооруженный советский конвой с продуктами был не просто расстрелян моджахедами, а каждому убитому солдату из его состава были выколоты глаза, вырезаны звезды на груди, отрезаны половые органы и вставлены в рот.

С годами воспоминания о подобных «боевых» ситуациях, казалось бы, бледнеют, развиваясь по давно известному закону и сценарию: «Я сделал это, — говорит мне память. Я не мог этого сделать, — говорит мне совесть. И постепенно память отступает». Но это все же лишь красивая метафора. А на самом деле — именно на этом зловонном бульоне «не подлежащих вербализации воспоминаний» начинает прорастать вирус будущей психопатологии. Даже в процессе длительной терапии «обнажение» таких тем нередко избегается по негласному соглашению терапевта и пациента, что делает их межличностный контакт исходно лицемерным и порой столь же невыносимым для последнего, как и со всеми другими.

Не знающие о таком специфическом (боевом) опыте психиатры-психотерапевты и психологи неизбежно столкнутся с чем-то неизвестным и непонятным, а обратившиеся к ним, безусловно, страдающие люди — с тем, что их не слышат и не понимают и никогда не смогут принять их боевой (в существенной степени — полукриминальный и криминальный) опыт, груз которого с годами будет становиться все более невыносимым. Может быть, именно здесь кроется одна из главных причин того, что (по американским данным) количество бывших «вьетнамцев», покончивших жизнь самоубийством, уже давно превышает количество погибших за весь период «непопулярной» войны. Растет количество самоубийств и среди «афганцев».

Анализ многочисленных источников о прошедших войнах показывает, что анализируемый здесь специфический боевой опыт всегда оказывается вне исторической памяти. Завеса умолчания выживших последовательно трансформируется в глухоту следующих поколений, так как то, что одни не могли рассказать, другим не дано услышать. Отрицание памяти на реальные события войны во всей их омерзительной полноте и все более усиливающаяся с годами продукция компенсаторных воспоминаний о героизме — вечная дилемма выживших, определяющая как их амбивалентность по отношению к прошлому, так и все варианты их послевоенного поведения, включая художественное и научное мифотворчество о минувших событиях. Но груз

мучительных воспоминаний от этого не уменьшается. Традиционная для России сакрализация такого (криминального и полукриминального) опыта (в том числе, например, блокады) сказывается не только на бывших участниках событий, но и на моральном состоянии общества в целом.

Самое мучительное здесь — это безысходность (вернее — неотторжимость) воспоминаний, потому что если бы они стали говорить правду о насилии, убийствах, грабежах, пытках и т. п., их отказались бы не только понимать, но даже слушать. Таким образом, между теми, кто был реальным участником подобных событий, и всеми остальными (потенциальными социокорректорами, включая членов семьи, и даже квалифицированными терапевтами) всегда лежит пропасть непонимания.

Не понимается и то, что несколько десятков тысяч людей, чья память отравлена криминальным и полукриминальным опытом, составляют реальную угрозу не только для самих себя, но и для общества в целом.

К сожалению, со статистикой в этом вопросе у нас по-прежнему проблемы, и мы вынужденно апеллируем к американским данным, которые свидетельствуют о том, что количество наркоманий, преступлений, асоциальных действий, разводов, семейных и социальных «дисгармоний» у участников локальных войн в несколько раз превышает аналогичные показатели в популяции. И это при условии, что до 2—3 миллиардов долларов тратится в США ежегодно на реабилитацию бывших военнослужащих.

Я хотел бы особо отметить, что изолированное применение медикаментозных методов терапии не оказывает здесь сколько-нибудь позитивного эффекта, а скорее загоняет болезнь вглубь, откуда она прорывается в виде ужасающих общество преступлений и негативных аффектов.

Еще одна специфика локальных войн. Когда вся страна оказывается в ситуации военной угрозы, с точки зрения нравственных императивов — практически утрачивается деление на фронт и тыл, и каждый солдат или офицер в конечном итоге защищает свой дом и свою семью: от порабощения, унижения, надругательства и смерти. Здесь все едины (в некотором смысле освободительная война — это наиболее яркое проявление национального единства). Когда возникает ситуация локального конфликта, ситуация принципиально иная: вся страна продолжает жить своей обычной жизнью, и только часть молодого поколения, которому как раз сейчас выпало «счастье» дорасти до призывного возраста, оказывается брошенной в кровавую бойню.

Следующая специфика, я бы сказал, носит парадоксальный характер: несмотря на всю мерзость войны и явную криминализацию, возвращаясь к мирной жизни, молодые люди испытывают немотивированную потребность в том, чтобы в этой жизни все было иначе: честнее, благороднее, искреннее, чем было раньше... Естественно, что разочарование наступает очень быстро.

Я хотел бы отметить, что именно здесь скрыты корни присущего ветеранам развенчанных войн ощущения, что многое в этой жизни было и есть напрасно.

Характерной особенностью ветеранов является особо «культивируемое» пренебрежение к проблемам здоровья, за которым скрывается вина за то, что выжил, что и так уже получил гораздо больше, чем те, кого уже нет («ну, а годом раньше, годом позже — не имеет значения»). Ценность этой, как бы второй, доставшейся по счастливому жребию жизни оказывается гораздо меньше. И эта установка переходит к последующим поколениям, окрашивая все моральные эталоны и общее отношение к действительности, тем самым делая их будущее исходно трагическим, так как если ценность жизни невелика, то что же тогда ценно?

Отсюда же идет и та легкость, с которой бывшие боевики уходят в криминальные и полукриминальные структуры, без особых затруднений вновь и вновь перешагивая уже однажды преодоленный барьер запрета на убийство.

Пролонгированная угроза смерти, которая слишком долго стоит за спиной, качественно изменяет ментальность людей и формирует специфическое мироощущение, когда неочевидны грани между добром и злом, геройством и преступлением.

Культура — это не только прекрасные произведения искусства, архитектуры или литературного и научного творчества, которыми мы восторгаемся, но и то, что налагает запреты. Рождаясь, мы не знаем их, и лишь в процессе социализации мы подчиняемся этим запретам: вначале родительским (усваивая наряду с первыми словами такие отвлеченные понятия, как «нельзя», «некрасиво», «некультурно», «стыдно»), а затем и всем остальным — писаным и неписаным — общественным законам. Вопреки паранаучному тезису о некой природной моральности человека, мы не любим эти запреты, хотя и вынуждены подчиняться им. И это гораздо больше возвышает Человека, который становится таковым — в высоком смысле этого слова — не столько благодаря, сколько вопреки своей природе, подчиняясь законам общественной морали и нравственности.

Война дезавуирует эти законы, и прежде всего — запрет на убийство, присвоение чужого и сексуальное насилие.

Я сделаю здесь маленькое отступление. Человек отличается от большинства других живых существ не только способностью мыслить, прямохождением и речью, но даже более — гиперсексуальностью и гиперагрессивностью. Ни одно другое живое существо не прилагает столько усилий к созданию все новых и новых способов уничтожения представителей своего же вида, и даже самые кровавые внутривидовые столкновения в животном сообществе (как правило, по общим для нас с ними поводам — за власть, территорию, источники воды или пищевые ресурсы или даже за самку — вспомним миф о Троянской войне) завершаются первой кровью и бегством противника.

Убийство представителя своего вида как биологическая цель вообще не задано природой. Ни один другой вид, также не чуждый стремления к сексуальному наслаждению, не смог перешагнуть через естественные барьеры, ограниченные периодом течки и спаривания. Гиперсексуальность и естественная агрессивность составляют типичные компоненты именно человеческого поведения, но в обычных условиях нам приходится подавлять их, скрывая эти властно побуждающие влечения не только от окружающих, но и от самих себя.

Именно поэтому война, отменяющая эти запреты, нередко оказывается слишком привлекательным занятием. До 12% бывших участников боевых действий в Афганистане (выборка 1991 г. — 2000 чел.) хотели бы посвятить свою жизнь военной службе по контракту в составе любой воюющей армии, относительно независимо от страны, предоставившей им такую возможность.

Таким образом, война — это в равной степени преступление и против личности, и против культуры, так как она разрушает культурную надстройку, которая делает нас личностями, и обнажает животную сущность, у всех примерно одинаковую и одинаково безличную... Характерно и то, что, как показали наши исследования в Афганистане, интеллектуалы погибают первыми, ибо, являясь в определенном смысле искусственным (целенаправленно создаваемым в особой социальной среде) типом личности, они наименее способны адаптироваться к специфике боевых условий. К этому можно добавить еще несколько «штрихов»: как правило, в процессе первых непосредственных контактов с противником до 75% боекомплекта (в результате шока даже у хорошо обученных) расстреливается «в воздух»;

реальный солдат появляется только после наполнения ненавистью к противнику и жесткого усвоения логики: убей или убьют тебя (чему обычно предшествуют ранение, контузия или гибель товарища).

Пока еще не получила признание идея о том, что, научив убивать, общество должно быть ответственно и за реабилитацию профессиональных убийц или оно не имеет морального права предъявлять им претензии за использование этого навыка, в том числе в самых обыденных (мирных) ситуациях.

Общество все еще стыдливо отворачивается от этой проблемы, ссылаясь на определенный кризис морали, обусловленный специфическим характером афганской войны, или чеченской «операции», или современной ситуации в целом, и все еще пытается увидеть в этой феноменологии частный и потому нехарактерный случай.

Наиболее остро даже косвенные попытки затронуть эту проблему встречает старшее поколение, как правило, отмечая или «личную извращенность» исследователей, или то, что в Отечественную «этого не было». Даже о запредельных злодеяниях фашистов лишь в последние годы появляется более или менее достоверная информация. Об «ответных» действиях — практически ничего. Я, естественно, не могу апеллировать к адресным свидетельствам моих респондентов, поэтому в заключение (что, к сожалению, все еще традиционно для отечественной науки) приведу зарубежные данные: в 1992 г. на Берлинском кинофестивале был представлен документальный фильм и свидетельства очевидцев о том, как в 1945 г. солдаты Советской Армии изнасиловали более 2 миллионов женщин в Польше и Германии. Некоторые свидетельницы, которым было тогда по 15—16 лет, рассказывали, что были изнасилованы до 100 раз. В отдельных случаях, чтобы не попасть под трибунал за распространение венерических заболеваний, после надругательства девочек тут же расстреливали.

Это было то поколение, которое воспитало мое. Мы не знаем, через какие угрызения совести, какое чувство вины и личные трагедии прошла их жизнь и родительская мораль. Я не могу поверить, что через 15—16 лет, глядя на своих подрастающих дочерей, они не вспоминали о тех несчастных польках и немках. Но мы не знаем об этом. И сейчас в большинстве случаев мы можем лишь предполагать те мучительные коллизии, которыми наполнены души многих из участников современных боевых действий. Нет никакой хоть сколько-нибудь методически обоснованной реабилитационной деятельности, а моральные

девиации оказались вообще вне российской психиатрической науки. А значит — и следующее поколение не защищено от прямой или косвенной трансляции скрытого криминального и полукриминального опыта.

Глава 24
Паранойя в эпоху масс-медиа
(Клинический метод в изучении и разрешении межнациональных конфликтов) [1]

Не страшно быть опровергнутым, странно быть непонятым.

И. Кант

Введение

В середине 1990-х годов я был приглашен для работы в составе миссии Фонда президента США Дж. Картера по урегулированию российско-эстонского конфликта в Нарве. Именно тогда мой коллега и друг — известный американский психиатр и психоаналитик профессор Вамик Волкан, огорченный непримиримой позицией сторон, как-то сказал мне, что «все межнациональные конфликты развиваются по сценарию паранойи».

1 Впервые опубликована в сборнике статей «Психология и психопатология терроризма. Гуманитарные стратегии антитеррора» (СПб.: Восточно-Европейский Институт Психоанализа, 2004. С. 37—63).

Эта фраза каким-то образом засела во мне, но все не удавалось ее осмыслить и додумать, впрочем, как и отыскать ее развитие в работах В. Волкана. Тем не менее исходно эта идея принадлежит ему.

Я не буду подробно излагать клинику паранойи, а лишь напомню уважаемым коллегам некоторые значимые для последующего материала аспекты этой клиники. А именно те, которые могут иметь проекции на межнациональные конфликты.

Паранойя

Как известно, паранойя относится к моносимптоматическим психическим расстройствам. Характерно, что ложные мысли и идеи пациента имеют

обыденное содержание, то есть — чаще всего отражают ситуации, встречающиеся в реальной жизни: пациент считает, что его преследуют, обманывают, изменяют ему, пытаются унизить, подчеркнуть его неполноценность, отравить или заразить чем-либо или даже уничтожить.

Вне этого «узко сфокусированного» интеллектуального расстройства у пациента обычно нет никаких нарушений поведения, странностей или причудливостей, и нередко он демонстрирует весьма высокие социальные достижения. В настоящее время общепризнано, что основные причины бредовых расстройств относятся к психосоциальным, а главными провоцирующими моментами являются: психические травмы, особенно — случаи унижения, физического или психического насилия в далеком прошлом, жестокость и отсутствие заботы со стороны родителей, их чрезмерная требовательность к ребенку или ориентация его на непосильные достижения.

В результате нормальное чувство базисного доверия не формируется, и такая личность оказывается исходно ориентированной на ощущение враждебности ближайшего окружения или всего мира. Но в большинстве случаев выраженной патологии выявляются «особо опасные» лица или «специфические» для данного пациента группы лиц или зоны отношений, в том числе к тем или иным представителям государственных структур или власти в целом.

Немного истории

Современная клиника паранойи существенно схематизировалась, и многие исходные полутона этого расстройства почти утрачены. А они представляются достаточно существенными. Напомню, уже в XIX веке считалось установленным, что паранойя обычно развивается постепенно, «совершенно так же, как у других людей

складывается их нормальный характер», и возникает и проявляется как итог завершения психического развития конкретной личности. У таких пациентов, как писал Кре-пелин, формируется «склонность оценивать и толковать жизненные опыты более или менее произвольным образом, с чисто личной точки зрения, приводить их в связь с собственными желаниями и опасениями» [26], при этом «религиозные направления мыслей ведут ... к убеждению в избранности Богом, соединяющемуся со склонностью публично проповедовать и искать последователей, что довольно часто и удается» [26].

Здесь Крепелин одним из первых сообщает о передаче болезненных расстройств от одной личности к другой, именуя это «индуцированным помешательством», что вообще чаще всего случается при паранойе. При этом сомнения и предположения постепенно превращаются в уверенность и затем в непоколебимое убеждение. Легко представить, какие возможности предоставляет для этого эпоха масс-медиа.

Описание случаев

Описание случаев паранойи составляет один из самых трагических и самых впечатляющих разделов психиатрии, который в настоящее время многократно тиражирован в кинематографе (и это симптоматично). Но поскольку это все-таки не история психиатрии, здесь уместно обратиться только к результатам изучения некоторых классических случаев (Рольфинка, Вагнера и Шребера, которые описали Крепелин, Блейлер, сам Шребер и Фрейд). Во всех этих случаях легко обнаруживаются идеи преследования, несправедливости, социального унижения с последующей трансформацией в поиски правды, мести и возмездия, реализуемые в том числе в виде серийных убийств (ни в чем не повинных людей при полном отсутствии чувства вины и раскаяния, а нередко — и страха наказания за свои злодеяния), а также идеи мессианства, жертвенности, мученичества и смерти во имя искупления как способ приближения к Богу. Таковы индивидуальные случаи. А что можно сказать о групповом поведении?

Социальная патология

В работе «Массовая психология и анализ человеческого Я» [79] Фрейд высказывает революционную по сути идею о необоснованности противопоставления индивидуальных и массовых психических феноменов и подчеркивает, что в этом противопоставлении «...многое из своей остроты при ближайшем рассмотрении теряет», в силу чего психология отдельной личности «...с самого начала является одновременно также и психологией социальной...». Одновременно Фрейд дополняет этот вывод тезисом о необходимости учета культурно-исторических аспектов, так как массовая психология должна рассматривать каждого отдельного человека не как самостоятельного субъекта, а «...как члена племени, народа, касты, сословия, институции...», и особо подчеркивает, что в отличие от отдельного индивида

масса (народ, племя) всегда более «импульсивна, изменчива и возбудима».

Импульсы, которым повинуется масса, могут быть, смотря по обстоятельствам, благородными или жестокими, героическими или трусливыми, «но во всех случаях они столь повелительны, что не дают проявляться не только личному интересу, но даже инстинкту самосохранения...

Она [масса] чувствует себя всемогущей, у индивида в массе исчезает понятие невозможного»... Таким образом, в групповом поведении мы обнаруживаем те же самые феномены, что и в индивидуальной жизни, но одновременно появляется и особый феномен — феномен всемогущества.

Содержание гипотезы

Мне нечего здесь дополнить, а все предлагаемое мной новое заключается в попытке распространить эту идею не только на психологию масс, но и на патологию масс, а также (с учетом предыдущего раздела) сформулировать представление о том, что при наличии в истории народа тяжелой психической травмы, связанной с национальным унижением, через какой-то достаточно длительный период могут «вызреть» те или иные ложные идеи (или идеи отношения), которые, при наличии сопутствующих условий (дополнительных негативных экономических, социальных или политических факторов) затем превращаются в непоколебимую убежденность конкретного народа или этнической группы в своей правоте, избранности Богом, а также — в особой мессианской роли в сочетании с идеями гордости, величия и самопожертвования во имя искупления или отмщения, при этом такая мессианская роль может приобретать самые жестокие формы реализации.

Я понимаю, что это слишком уязвимое предположение (особенно в тезисном его обосновании), и уверен в том, что оно будет подвергнуто беспощадной критике, тем более что в нем легко угадывается конкретная феноменология. Но я бы взял смелость распространить это предположение на все некогда гонимые, колониальные или полуколониальные народы, которым затем была дарована свобода, возможность вернуться на свою историческую родину и очень скоро ощутить себя на обочине истории и цивилизации.

Передача следующему поколению

Здесь я снова обращаюсь к работам уже упомянутого вначале Вамика Волкана, в частности к его недавней статье «Травматизированные общества»

[130]. Волкан обращает внимание на то, что при исследованиях национальных аффектов и массовых психических травм (нанесенных враждебной группой) особое значение приобретают механизмы передачи следующему поколению.

В процессе обследования бывших узников концлагерей (после Второй мировой войны), в том числе детей, было установлено, что от родителей детям передается нечто большее, чем просто тревожность или другие аффекты депрессивного или маниакального характера.

Дети выживших (после национальных трагедий) гораздо глубже идентифицируются с родителями и проявляют признаки и симптомы, относящиеся к прошлым психическим содержаниям их родителей и в целом — к прошлому (свидетелями которого они не были и быть не могли). Эта концепция «идентификации» хорошо известна как в психоанализе, так и за его пределами. Главное в этой концепции состоит в том, что подвергшиеся тяжелой психической травме взрослые могут «вложить» травматизированный образ себя в формирующуюся идентичность своих детей. В результате дети становятся носителями ущербного родительского образа, хотя этот образ может существенно варьироваться в зависимости от сопутствующих экономических, социальных и прочих условий.

После массовой травмы (вызванной враждебной группой) сотни, тысячи или даже миллионы индивидов вкладывают свои травматизированные образы в детей, и в итоге возникает кумулятивный эффект, который определяет психическое содержание идентичности большой группы. При этом все эти «вложенные образы» ассоциативно связаны с одним и тем же травматическим событием.

В итоге «общая задача» следующего поколения заключается в том, чтобы сохранить «память» о травме родителей, оплакать их утраты, отреагировать их унижение или (если первое не удается) — отомстить за них. Однако какие бы формы ни приобретало проявление памяти о травме в последующих поколениях, основной задачей остается сохранение ментального представления о травме предков, которое постоянно (на протяжении десятилетий и столетий) укрепляет особую идентичность той или иной большой группы.

Вамик Волкан назвал такие ментальные представления «избранной травмой» большой группы. И в ситуациях, когда этой большой группе угрожает новый этнический, национальный, экономический, политический или религиозный кризис, ее лидеры (интуитивно или осознанно) обращаются именно к этой

«избранной травме», обладающей особым потенциалом для достижения эмоциональной консолидации группы.

Пример из практики

В качестве отдаленного примера можно привести события в Югославии. В период нестабильности руководство страны (преимущественно — сербское) начинает активно эксплуатировать «память» о битве в Косово, пленении и убийстве мусульманами в процессе этой битвы легендарного сербского князя Лазаря. В результате боснийские мусульмане, с которыми сербы относительно мирно жили как единый народ Югославии на протяжении десятилетий, стали виновниками всех бед и «легитимной» мишенью ненависти сербов. Напомним, что битва в Косово состоялась 28 июня 1389 года! Через 600 лет после этой битвы при поддержке официальных властей были эксгумированы останки легендарного сербского князя Лазаря, захваченного в плен и убитого при Косово. В течение года перед началом «сербско-боснийской» резни гроб перевозили из одной сербской деревни в другую, и в каждой происходило нечто вроде церемонии погребения.

Этот, казалось бы, безобидный ритуал вызвал «сдвиг во времени»: национальные чувства сербов начали действовать таким образом, как если бы Лазарь был убит вчера. Произошло то, что в психоанализе обычно определяется как сгущение чувств и времени в сочетании с регрессом к более ранним (исторически) видам отреагирования. В итоге боснийские мусульмане, а затем и албанцы (также мусульмане) стали восприниматься как виновники всех исторических бед сербов, что «легитимизировало» любые формы мести: сербы начали убивать, грабить, насиловать — практически со средневековой жестокостью.

О трансляции криминального опыта

В завершение статьи я хотел бы отметить, что ни в коей мере не пытаюсь прямо или косвенно (объяснительно) оправдать терроризм как крайнее выражение межнационального конфликта, даже признавая, что это «способ борьбы слабого». Моя цель принципиально иная — понять истоки насилия и терроризма с точки зрения глубинной психологии и тем самым способствовать минимизации терроризма как такового, а также поиску путей, позволяющих лишить терроризм его психологической подпитки и социальной базы, из

которой он последовательно черпает силы и сторонников.

Моя цель — чтобы те мальчики и девочки, которые родились только сегодня или вчера или родятся завтра, к какой бы национальности или этносу они ни принадлежали, нашими общими усилиями могли быть ограждены от трансляции криминального и полукриминального опыта предшествующих поколений и не пополняли ряды террористов. Я уверен, что эта задача решаема, но никак не в результате «молниеносных» операций устрашения, за которыми скрывается та же «паранойя».

Мы знаем, что любая психическая травма имеет свою собственную историю, которая обязательно подвергается мифологизации и иррациональной трансформации. В любом случае это требует глубокого исследования, и мы можем предложить более обоснованные подходы к этим проблемам.

Главная идея данной работы заключается в том, что мы не может предсказывать иррациональное и, таким образом, мы не можем сконструировать процесс примирения извне. Примирение, которое не лишает ненависть ее исторических корней, всегда будет временным. Мир как результат военной интервенции или принуждения со стороны сверхдержав никогда не будет долгим.

Глава 25
Неочевидный образ будущего: социальные процессы и терроризм в Европе

Цивилизации... становятся жертвами самоубийств, а не убийств.
А. Дж. Тойнби

Введение [1]

Несмотря на то, что прагматически ценного для преодоления фанатизма и терроризма предложено не так уж много, теорий в этой области более чем достаточно. При этом характерная особенность большинства из них состоит в том, что они разрабатываются на уровне здравого смысла, одновременно с этим обращаясь к явлениям, выходящим далеко за рамки обыденной жизни. Как представляется, это не вполне адекватно, так как, с одной стороны, мы

совершен но не учитываем исторический контекст ситуации, а с другой, когда мы переходим к понятию «фанатизм», то тем самым заведомо обозначаем, что обращаемся к сфере иррационального, а при более пристальном взгляде мы не можем не замечать, что те или иные социальные эквиваленты терроризма присутствуют повсеместно. И, следовательно, его причины имеют какие-то более глубокие основания.

1 В основу материала положены доклад, представленный на 2-й Всероссийской конференции «Гуманитарные стратегии антитеррора. Психология фанатизма, страха и ненависти» (28.05.2005), а также выступление на сессии советников «Россия-НАТО» (23.06.2005).

Исходная гипотеза

В 2003 году С. Твемлоу и Ф. Сакко [129] высказали предположение, что социальный активизм, фанатизм и его переход в идеи мученичества и терроризма — это явления одного порядка, а иногда — и звенья одной цепи. Сразу отметим, что термин «социальный активизм» (по сравнению с термином «социальная активность») имеет определенный негативный оттенок, подчеркивающий его деструктивную составляющую. Вышеупомянутыми авторами была также предложена гипотеза о существовании неких «особых социальных факторов», ответственных за формирование террористов. Сформулированные идеи показались мне чрезвычайно интересными и позволили качественно переосмыслить некоторые подходы к проблеме, которые содержались в моих предшествующих публикациях [53; 54; 55; 57; 62]. Главный, хотя и предварительный, вывод, который я попытаюсь хотя бы тезисно обосновать, состоит в том, что «социальные факторы» — это лишь то, что лежит на поверхности, в то время как стоило бы подумать о более серьезных категориях, вплоть до современных цивилизационных процессов.

Немусульманский и немеждународный терроризм

Вероятно, будет нелишним напомнить, что хотя мы справедливо говорим о международном терроризме, на территории собственных государств мы гораздо чаще сталкиваемся с бытовым фанатизмом и криминальным и полукриминальным терроризмом своих же сограждан. На один крупный международный теракт приходятся сотни «локальных», обычно квалифицируемых как «хулиганство», и тысячи — вообще никак не квалифицируемых. По сути эти два вида терроризма различаются только

масштабом угроз, жертв, требований и освещением в СМИ. Но мы почему-то не замечаем этих «параллелей». В результате наше продвижение к пониманию ряда социальных процессов явно тормозится тем, что мы все время что-то недомысливаем и недоговариваем.

Палестинизация Европы

Почему никто не ставит вопрос о повсеместном росте террористического мировоззрения и случаев террористического поведения в самых немусульманских странах? При этом иногда мы стыдливо подчеркиваем национальную принадлежность террористов, но одновременно «вытесняем», что в большинстве случаев речь идет именно о наших согражданах, родившихся, получивших образование и воспитание в нашей же «добропорядочной среде». Здесь легко возразить, что международный терроризм — это особое явление, которое включает в себя такие специфические аспекты, как финансовое и идеологическое обеспечение, координация действий, планирование акций и т. д. А как объяснить никем не планируемое, но обильное появление скинхедов и им подобных группировок в самых демократических странах? Как объяснить то, что большинство террористов, как правило, являются гражданами тех же государств, где совершаются теракты? Почему они действуют не как граждане и, следовательно, не чувствуют себя таковыми в своих же странах? У меня нет однозначного ответа на эти вопросы, но этот раздел не случайно назван «Палестинизация Европы», и я позволю себе высказать предположение, что в основе современной ситуации лежат не только идейные, религиозные или экономические конфликты, но и борьба за конкретные территории, а также ментальное пространство в целом и ценности, не имеющие материального выражения.

Феномен «чегеваризма»

Общеизвестно, что террористы-фанатики — это преимущественно молодые люди. Но их террористическое мировоззрение не сформировалось в одночасье. Таким образом, мы должны предполагать, что предпосылки этого мировоззрения должны находиться где-то в подростковом периоде, когда все мы (после предшествующего периода идентификации с родителями) переживаем «кризис переоценки и самоутверждения» в сочетании с юношеской

агрессивностью и испытываем склонность подвергать сомнению все устоявшиеся нормы и правила.

При нахождении в здоровом социуме этой естественной психологической потребности противостоит консолидированная позиция взрослого большинства (и стабильное государство как одна из важнейших «родительских структур»), и постепенно новое поколение становится социально более адаптивным. Но ситуация принципиально меняется, когда и это взрослое большинство оказывается в состоянии «кризиса переоценки», «пересмотра всех устоявшихся норм и правил» и т. д., что характерно не только для всего бывшего «социалистического лагеря», но и для всего мира, который входит в новую эпоху и переживает системный кризис смены парадигмы развития одновременно со сменой национальной и конфессиональной составляющих европейской популяции. В этой ситуации естественная (возрастная) агрессивность одних не только не встречает адекватного противодействия, но и катализируется ситуационной агрессивностью старшего поколения (и уходящей, и приходящей популяций).

Далеко не праздный вопрос: почему кумиром множества социальных активистов самого различного толка и террористов (одновременно) стал фактически один человек: сын плантатора, в 12 лет впервые выступивший против унижения школьным учителем, затем — врач по образованию и революционер (хотя сейчас его бы назвали террористом), который характеризуется как человек высокой душевной чистоты и беспримерной самоотверженности? Это именно тот социальный образец, которому следует подражать? И есть ли у него достойные конкуренты?

«Родовой миф»

Если сформулировать вынесенное в заголовок понятие предельно кратко, то — это почти генетически заданная убежденность: «Мой род не может быть плохим!» А в более общем варианте: «Мой народ не может быть плохим». Характерно, что «родовой миф» оживает всякий раз, как только возникает какая-либо угроза витальным потребностям конкретной личности, рода или народа. Витальные потребности обычно соотносятся с жизненно важными факторами обитания: наличием достаточного количества воды, пищи, территории, возможностей для продолжения рода, но включают в себя и такие, казалось бы, «несущественные» факторы, как самоуважение, престиж, чувство

достоинства, наличие жизненной и исторической перспективы и т. д. (причин для обращения именно к этим последним факторам сейчас более чем достаточно).

Понятие родового мифа было бы неполным, если бы мы не учитывали всегда присутствующую при этом защитную проекцию вины и агрессии вовне: если что-то плохо (в сфере удовлетворения всей «гаммы» или хотя бы части жизненно важных потребностей), то виноват не я, не мой род, не мой народ. А кто? Инородцы. При этом в качестве главных виновников чаще избираются те, кого легко отличить по внешним признакам. И второе правило — они должны быть достижимы для наказания. Поэтому «виновные» всегда находится не где-то за тысячи километров, а в том же месте, где требуют своего выхода (ситуационные или исторические) обида и агрессия. А вероятность «наказания» невиновных усиливается, если они малочисленны и фактически беззащитны. Так появляется социальная или национальная нетерпимость. Наиболее подвержена таким чувствам молодежь, для которой, как уже отмечалось, вообще характерна повышенная агрессивность, а кроме того — жесткость установок, жестокая приверженность идеалам и бескомпромиссная ненависть при их крушении.

Мне приходилось сталкиваться с этим и в городах России, и в Лондоне, и в Париже... Везде одни и те же жалобы: вот пришли ЭТИ — и захватили рынки, гостиницы, торговлю, криминальный бизнес и т. д. Я всегда в таких случаях спрашиваю: «Вы живете здесь сотни лет, а почему сами ничего не захватывали?»... Может быть, нам нужно более внимательно отнестись к некогда столь популярной теории пассионарности Л. Гумилева?

Будущие примеры «развитых демократии»

Мной уже не раз обосновывалось, что все современные демократии находятся в затяжном периоде «стагнации», хотя эти процессы в западном мире пока не слишком очевидны. Поэтому обратимся к более динамичным примерам «новых демократий», и прежде всего в многонациональных государствах.

Привнесенная демократия (с немедленно гарантированными Конституцией всеми правами и свободами) при отсутствии демократической традиции и сохранении тоталитарного типа самосознания социума создает особую «питательную среду» для размножения вируса интоле-рантности и терроризма.

Уверен, что никто не воспримет это всерьез, но терроризм заразен, и сейчас из традиционных очагов эта «инфекция» активно распространяется по всему миру, передаваясь от человека к человеку информационным путем. В кратком варианте это трудно обосновать, но, безусловно, особо подверженной заражению этим вирусом оказывается категория уже упомянутых социальных активистов (во всяком случае, никто не заподозрит в террористе «пассивную личность»). Такие психологические процессы идут и закономерно будут развиваться во всех, прежде всего — «нетрадиционных», а затем — и в традиционных «демократиях», где все еще существует иллюзия того, что их (или наши общие — европейские) демократические ценности всем сердцем будут восприняты всеми слоями населения, включая неуклонно растущую европейскую прослойку эмигрантов с Востока и Юга. Ирак или Англия — далеко не последние примеры. А если не будут восприняты? Что будем делать?

Наши демократические ценности сильно обветшали, более того, можно было бы признать, что они во многом дискредитировали себя и уже не имеют того пафоса и привлекательности, за которые когда-то шли на баррикады. Мы не заметили, как после долгого пути под знаменем европейского (христианского) гуманизма оказались в мире без веры и идей. Мы все реже прибегаем к высокому слогу при описании современной действительности и все чаще приумножаем зло. И молодежь отказывает нам в доверии. Это звучит не очень убедительно, но нам стоило бы более внимательно вглядеться в зеркало современного кинематографа...

Потребность в зле и в насилии

Зрелище зла и насилия порождает не только негодование, возмущение и презрение, но и потребность в отреаги-ровании — потребность в зле и насилии. Страдают не только все свидетели преступления, включая убийц и еще не способных понимать трагичности происходящего безмолвных младенцев. Эпоха масс-медиа принесла не только информационную прозрачность нашего мира, она приоткрыла и темную бездну наших душ, дойдя до их самых зловонных закоулков, где явно витает тошнотворный привкус крови. Присмотримся внимательнее к современному кинематографу, который старательно удовлетворяет наши потребности и тайные желания и одновременно пытается убедить нас, что происходящее в реальной жизни «не так уж страшно». Мы почти смирились с тем, что мир несправедлив, и молча признали, что наши

групповые интересы и ценности важнее индивидуальных, а наши коллективные европейские — даже несопоставимы со всеми иными. Нашими главными героями стали люди с оружием, и ежедневно в наших домах раздаются тысячи выстрелов и льются потоки крови с экранов. Мы канонизировали демократию с таким же веским обоснованием, как ранее коммунизм — «учение Маркса всесильно, потому что оно верно», и не хотим видеть ее пороков. Более того, мы решили «подарить» ее всему остальному миру, несмотря на его отчаянное сопротивление. Я не против демократии — я против насильственных даров и фетишей. Мне никак не понять: почему трагический большевистский переворот в России, совершенный на германские деньги, был предательством, а финансирование не менее кровавых демократических преобразований там, где для них нет никакой почвы, это благо...

Массовый гипноз СМИ и приверженность групповой морали побуждают нас делать то, что мы никогда не стали бы совершать индивидуально, в том числе — думать и говорить совсем не так, как диктует нам совесть. И при этом мы настойчиво убеждаем себя, что мы — невинны; зло — не в нас; это нас — предали; это нас — обидели; это мы имеем право на возмущение и отмщение; зло должно быть уничтожено. Иначе «плохие ребята» разрушат наш мир. И чтобы этого не произошло, мы делаем все, чтобы разрушить их мир. Много ли добра и человечности в этой позиции?

Простреленные идеалы

При современном военно-экономическом уровне сверхдержав захват территории или подрыв экономики в том или ином регионе — это уже чисто «техническая» задача.

А как быть с идеалами тех, кого захватили или подчинили? Много ли известно массовых случаев обмена идеалов и веры на бутерброды, джинсы или даже мерседесы? Мы нар-циссически уверены, что неевропейские страны (или эмигранты с Востока) страстно мечтают присоединиться к нашим идеалам. Так ли это? Если да, то почему мы постоянно твердим, что они угрожают нашему образу жизни? А мы — их? А если идеалов, которые составляют неотъемлемую часть личности (как рука или нога — часть тела), лишают насильно, не наивно ли ждать за это благодарности со стороны травмированных миллионов? При самом лучшем исходе сражений мы сожалеем о тысячах погибших и покалеченных. Но кто может ответить: как отзовутся в веках простреленные

идеалы?

Наша история, если мы все еще люди, — это история идей. Они у вас есть? Для Ирака или еще для кого-то? Предлагайте. Убеждайте. Доказывайте. Почему этого не делают? Почему ставка зафиксирована исключительно на подавлении? А из международных масштабов этот принцип все более явно транслируется и «для внутреннего употребления». И все это — на пути к дальнейшему развитию гражданского общества? Сомневаюсь. Где мы собираемся его строить? На поле боя?

Может быть, было бы лучше признать, что в современном мире идеи уже не имеют значения — куда важнее нефть. И как ни цинично это звучит, мир стал бы более понятным, ибо, как показывают специальные исследования, в условиях выживания никакие моральные и этические нормы «не работают», культурная «надстройка» личности исчезает, и обнажается «фундамент» — общий для нас и других животных... С учетом истощения планетарных запасов, и не только нефти, а в перспективе — пресной воды для сельскохозяйственных нужд и территорий (независимо от того — будет ли потепление или похолодание) — это также один из возможных вариантов будущего, но, надеюсь, далекого.

Главные инвесторы терроризма

Вернемся к внутренним вопросам. Если культура и социум не принимают, не обсуждают или исходно отвергают идеалы потенциального социального активиста, а наличная власть не обеспечивает его сколько-нибудь адекватной объяснительной системой современности, он легко может трансформироваться в социального фанатика. В принципе, крах любых идеалов и иллюзий может быть причиной «некоторого умопомешательства», как Н. Бердяев определял фанатизм. Мы видим, что в 2004—2005 гг. именно молодежь в ряде новых стран, образовавшихся после распада СССР, оказалась основной силой социальных взрывов и катаклизмов. Как представляется, из этого опыта еще не сделано должных выводов. Особенно с учетом неоднозначности подходов и оценок: победившие социальные активисты обычно провозглашаются героями, а побежденные — чаще всего преступниками.

Мы забыли, что вся история человечества была пронизана поисками смысла и более совершенных человеческих отношений, включая экономические. И каждая эпоха предлагала свои варианты, потому что, как свидетельствует

история, смыслы не находятся, а привносятся... А у каждого конкретного человека смысл жизни появляется лишь тогда, когда у него есть какая-то благая цель, общая с другими людьми и выходящая далеко за рамки его повседневного существования. Есть ли такая цель у нас? А если нет — какими смыслами заполнено наше существование? Ради чего мы могли бы еще немного потерпеть, в надежде оставить потомкам мир, который будет хотя бы чуть лучше? Где они — духовные лидеры европейской цивилизации?

Неочевидная легитимность современной модели европейских государств

Мы почему-то упорно не хотим замечать, что не только на постсоветском пространстве или в афро-азиатском регионе, а везде в мире наблюдается кризис легитимности современной модели государственной власти и ее институтов. Мной уже не раз поднимался этот вопрос, и здесь я предложу только еще одно объяснение. Перед каждой личностью появилось слишком много угроз: экологического, техногенного, социального и криминального происхождения, от которых власть не может защитить (а точнее — перед которыми она и сама оказалась беззащитной). В связи с этим граждане постепенно «переориентируют» свою лояльность на другие общественные институты (точнее — стихийные «организации самозащиты»): этнические группы, расы, религии, секты и т. д. (вплоть до сплоченности футбольных фанатов, находящих в ней иллюзию защищенности и силы и — одновременно — канал, позволяющий дать выход агрессии). Государство в свою очередь усиливает свой прессинг и контроль над «плохими гражданами», а те в ответ начинают противодействовать этому контролю и прессингу.

Параллельно во всех странах (как результат последовательного развития демократии?) растет роль и мощь государственно-охранительного аппарата, так как армия не готова и не может решать такие задачи (она вообще не для этого). Тем не менее армии тоже повсеместно усиливают. Неужели не понятно, что это ничего не даст? Здесь мы явно остаемся в плену иллюзий ушедшего в историю расколотого мира и противостояния сверхдержав. А противостояние уже не «локальное» и не «векторное»; оно — по всему «периметру» и, как мне представляется, не вне, а внутри государств, общественное устройство которых уже неадекватно запросам новой исторической эпохи. Простейший вывод лежит на поверхности: «Надо укреплять государство!» Так ли? Вряд ли кто-то может усомниться, в том что СССР был мощнейшим государством. Сильно ли это

ему помогло?

Священная корова

Нельзя не замечать и другого: на фоне последовательного усиления государственно-охранительного аппарата во всех развитых странах граждане чувствуют себя все более беззащитными. Если довести этот тезис до крайности и апеллировать к преобладающим чувствам населения, то получится следующий (мягко говоря — малоприятный) вывод: государство еще может кого-то наказать, но в ряде случаев и ситуаций оно уже почти никого не может защитить, включая депутатов, мэров, банкиров, бизнесменов, олигархов, губернаторов и т. д., которых, несмотря на армию телохранителей, убивают десятками каждый год (что уж там говорить о простых гражданах в подъезде). И как Вам такая демократия? И все равно, никто даже не заикается о кризисе демократии — «священная корова». Для кого?

Параллельно простейшие наблюдения показывают, что во многих европейских странах обнаруживается тенденция некоего злорадства в отношении ослабления государства, его институтов и лидеров, со склонностью винить во всех смертных грехах последних. Это вряд ли рационально. Известное выражение: «Государство — это я» — не более чем красивая фраза. Государство — это мы. И когда оно страдает, мы все — не в лучшем положении. Это повод для серьезных размышлений, а также для поиска и последовательного развития новых форм кооперативных отношений государства и граждан, и я бы даже сказал — принципиально новых форм общественного договора о распределении обязанностей и ответственности.

Ключевой вопрос

Ключевым вопросом для любого культурного сообщества (тем более — для многонационального и поликонфессионального, каковым сейчас становится вся Европа) является то, как, куда, кем и каким образом направляются, модулируются и контролируются нормальная социальная активность (в том числе — оппозиционного регистра) и нормальная социальная агрессивность. Еще раз повторю: этот вопрос является ключевым, а его решение возможно только на основе высоких объединяющих идей. Так как, если не происходит адекватной разрядки вышеупомянутых потребностей на социально значимые цели (а сама потребность, так же как и потребность в ее реализации, остается),

они легко маргинализируются и принимают иные формы — вплоть до патологических проявлений в форме узконационального «идейного единства», или агрессивности и фанатизма малых групп, или даже «протестов» одиночек. Ни для кого не секрет, что национальная идея является самой мощной для идентификации и консолидации, и неуничтожимой. В постнацистский период мы (ученые) стыдливо отмежевались от национальных вопросов как от неприличных, но они не исчезли. И есть масса достойных вариантов их решения.

Мы почему-то не замечаем, что живем в обществах, где агрессивность поощряется, и даже более того, низкий уровень агрессивности как индивидуальная или национальная черта в некоторых случаях подается как негативное качество (например, в известных фразах о «горячих» эстонских или финских парнях). Много ли исследований на эту тему?

Кого мы «пиарим»?

Практически все, кто пишет о терроризме, очень часто упоминают, что мы сильно проигрываем ему в информационной войне. Это полуправда. Мы фактически, проиграли. И даже не информационно, а прежде всего — с точки зрения идей и эмоционального лидерства. Нет нужды подробно раскрывать этот тезис. Достаточно прочитать речи духовных лидеров террористов — они (даже неозвученные) эмоциональны и вдохновенны. Как это уживается со средневековыми (с нашей — европейской — точки зрения) призывами к насилию, это уже другой вопрос. А затем прислушайтесь к обращениям наших лидеров. Много ли в них любви и вдохновенного чувства? Нет ли ощущения, что мы утратили некую духовную опору, о чем страстно писал в связи с проектом объединения Европы покойный Папа Иоанн Павел II, когда из европейской Конституции было исключено положение о христианских корнях будущего сообщества? И еще один вопрос: почему неудачи с объединением (пусть и полураспавшегося) христианского мира воспринимаются нами так трагически, а попытки объединения мусульман — исключительно угрожающе?

Бездумное упование на некое «нивелирование» межнациональных различий в результате культурного обмена и влияния якобы всесильных СМИ, так же как и попытка управлять социумами посредством умалчивания, полуправды или манипуляций, как показывает недавний советский опыт, где контролировалось все, не более чем иллюзия. Если внимательно вглядеться в содержание

ведущих информационных каналов сверхдержав, якобы апеллирующих ко всему миру, то легко заметить, что мы уже давно «пиарим» только самих себя (европейцев) и свои ценности, но успех этой многомиллиардной кампании в мировом масштабе (где нас — европейцев — сейчас около 21%) вряд ли будет больше, чем от тысячекратно транслированного «Партия — ум, честь и совесть нашей эпохи». Неужели так трудно понять, что нельзя напиа-рить или распиарить цивилизационные процессы? Последний вопрос пока очень мало исследован, а надо бы уделить ему самое пристальное внимание. Особенно с учетом того, что, по прогнозам авторитетных экспертов, к концу XXI века афро-азиатское население будет составлять до 85—90% планетарной популяции, так как прирост населения в наиболее развитых странах в период 2001 — 2050 годов составит 4%, в странах с «пограничной экономикой» — 58%, а в беднейших — 120%.

Какую войну мы ведем?

Нет ни малейшего сомнения в том, что международный терроризм ведет против нас самую современную информационную войну, сочетая точечные массированные удары (с помощью наших же высоких технологий, которые одновременно оказались мощнейшим оружием, обильно «разбросанным» в нашем глубоком тылу) с выверенным информационным воздействием посредством наших же СМИ. Мы же противодействуем этому давно устаревшими (и стратегически, и тактически) методами прошлого тысячелетия. Не вдаваясь в подробный анализ, можно сказать, что это почти то же самое, как если бы против самых современных танков и самолетов, которые были у нас в 1945 году, были выставлены конники с пиками, саблями и однозарядными винтовками образца Первой мировой.

Это в доинформационный период побеждал тот, кто нанес больший урон живой силе и технике противника. Сейчас победа измеряется не количеством загубленных душ, а влиянием на них. Что мы имеем в этом плане? Судя по воинствующей риторике лидеров некоторых западных государств, мы (объединенные европейцы) должны чувствовать себя наступающей и побеждающей армией (или цивилизацией). Но в обществе как-то не слишком много ликования по этому поводу... Почему?

Умирать — за что?

Нашими общими усилиями мы создали прекрасную материальную и духовную культуру, получившую наименование Европейской. Но она не единственная. В последнее столетие мы начали вначале объединять, а затем и путать культуру с техническим прогрессом, а чуть позднее — технический прогресс с цивилизационным процессом. Нет ли здесь заблуждения? Или даже ряда заблуждений? Действительно ли весь неевропейский мир страстно мечтает присоединиться к нашей преимущественно благоухающей (а местами все-таки дурно пахнущей — наркотиками, алкоголем, безверием и продажностью) цивилизации? А если нет — не хотят? Какое наказание ждет инакомыслящих со стороны тех, кто столетия отстаивал право на инакомыслие? Мы где молчаливо, а где без ложного стыда — открыто — признали, что живем в обществе потребления. Да, можно потратить всю жизнь, чтобы иметь как можно более широкий доступ к этому потреблению, чтобы иметь еще один дом или дворец, еще одну или две машины, еще один миллион или миллиард..., но умирать за это — нельзя. Умирать можно только за идею. Назовите мне такую, общую для всего нашего евро-американского сообщества?

Распад государств как прогресс

Что консолидирует нацию? Вовсе не границы (независимо от того, «открыты» они или задернуты «железным занавесом»), не флаг, не гимн и не гражданство. Прежде всего, общность истории, языка, культуры, традиции и — самое главное — обращенность в общее (для всей нации) будущее, которое вначале существует только как идея. Есть ли это сейчас? А когда мы говорим о многонациональных государствах, где общность истории, языка, культуры, традиции исходно отсутствует или была вынужденной и временной (а толерантность почти всегда больше декларируется, чем существуют реально), остается только общее будущее, и оно должно обладать равной привлекательностью для всех национальных и религиозных групп. Во всех остальных случаях «разложение» и распад неизбежны. Но стоит ли этого бояться? Был ли распад Римской или Австро-Венгерской империи исторической ошибкой или все-таки прогрессом? Точно такой же вопрос можно было задать и о цивилизациях: шумерской, египетской, средиземноморской... Не относится ли это в равной степени ко всем существовавшим и существующим империям, включая такую виртуальную империю, как «страны НАТО», где количество мусульманского населения уже достаточно значимо и будет последовательно

возрастать? А если набраться мужества и задать себе тот же вопрос относительно нашей (европейской) цивилизации?

Грозят ли межнациональные проблемы объединенной Европе?

Здесь уместно вспомнить не лишенное оснований мнение Фрэнсиса Фукуямы о том, что напряжение между различными общинами в социуме объясняется не столько разными стартовыми возможностями, сколько различиями менталитета [107]. Фраза емкая, но не совсем понятная, поэтому обратимся к конкретному случаю, к которому апеллирует цитируемый автор. Например, проблема «белых и черных» на протяжении длительного периода нарциссически воспринималась в американском обществе не как проблема разных ценностей (и их взаимной адаптации), а почти исключительно как проблема снисходительного согласия белого большинства принять в свой круг черных, разделяющих их ценности. Не повторяется ли та же ситуация с мусульманским меньшинством в европейских странах? Пока — меньшинством, но уже достаточным для того, чтобы в некоторых из ведущих европейских стран появились целые районы, где вообще не употребляется язык титульной нации и действуют совсем другие законы. Может быть, стоило бы более серьезно подумать о проблеме регионально, национально и религиозно адаптированного законодательства для всех многонациональных и поликонфессиональных государств? Еще раз повторю: меньшинство, скрепя сердце, еще будет, хотя бы внешне, подчиняться нашим законам, сохраняя язык и традиционный уклад повседневной жизни в семье, как это реально происходит с мусульманским населением в большинстве западных стран. А когда оно станет большинством? Не готовим ли мы себе ту же участь? Не придется ли потомкам тех французов, кто с настойчивостью, заслуживающей лучшего применения, сражался с платками школьниц-мусульманок, затем, подчиняясь законам большинства, в положенное время искать в своих офисах стрелки, указывающие на Мекку?

Куда ведет депопуляция Европы?

В октябрьском интервью российскому телевидению Председатель Совета Федерации РФ С. М. Миронов с огромной обеспокоенностью сообщил, что, по прогнозам отечественных демографов, к 2080 году население России составит около 40 миллионов человек. Ужасающая цифра. В связи с дополнительным вопросом было отмечено, что предположительно к тому

времени в стране будет еще около 20 миллионов эмигрантов. В последнее трудно поверить. Особенно — с учетом нашей территории и перенаселенностью соседних государств. Эмигрантов будет как минимум 40—50 миллионов. Иначе это будет «ничейная» территория. И нам уже сейчас, если мы хотим сохранить себя как народ, нужно иметь стратегическое решение этой проблемы. И ученым есть что предложить. Об этом нужно было думать еще вчера, включая проблему специфики эмиграции в Россию и будущее качество нации (как известно, интеллектуальная и финансовая элита с Востока и Юга предпочитает Запад). Поэтому опыт Парижа, где уже сейчас около 30% населения — эмигранты с Востока и Юга, совершенно неприменим к Москве, где таковых пока только 12%. Хотя ноябрьские события (2005) в Сен-Дени показывают, что и общего здесь немало, в том числе — и с уже упомянутым опытом США (особенно если учитывать заявления французских правительственных структур по поводу тех мест, которые уготовлены французским гражданам — неевропейцам, «не желающим интегрироваться в нашу культуру»). Аналогичные процессы идут и будут продолжаться во всех европейских странах, так как потребность в эмигрантах будет последовательно расти, и уже есть специальные исследования по поводу ряда массовых профессий, которые практически никогда не избираются представителями титульной нации.

Не хочется брать на себя роль Кассандры, но будущие поколения, скорее всего, будут относиться уже к постевропейской цивилизации. Хорошо это или плохо? Если встать в нарциссическую позицию европейца, то плохо. Впрочем, точно так же реагировали бы современники позднего периода египетской цивилизации или любой другой. Если смотреть на это объективно — это не хорошо и не плохо, ибо неизбежно. О других вариантах «решения проблемы», которые мне как европейцу омерзительны, я уже писал и не буду повторять.

Терроризм — это следствие чего?..

Вернемся к главному вопросу. Если мы хотим покончить с терроризмом, то неизбежно должны подумать о будущих поколениях (15-18-летних), откуда терроризм уже на протяжении десятилетий черпает силы и сторонников, а также о том, на основе чего и как формируется «террористическое мировоззрение».

К сожалению, у меня нет статистики и серьезных психологических

исследований социального терроризма подростков, который буквально захлестнул Россию и США после первых крупных терактов (2001—2004). Но мои американские коллеги, уделившие звонкам о минировании школ и убийствам, совершенным подростками в период после сентября 2001 года, более пристальное внимание, в большинстве случаев обнаружили, что ведущими мотивами «малолетних террористов» являлись: протест против давления властных структур (собственных, юношеских и преподавательских организаций) и обесценивание человеческих отношений. Разве не те же факторы (даже навскидку) проявляются в расстрелах сослуживцев в армейской среде? Еще раз повторим: протест против давления властных структур и обесценивания человеческих отношений принимал самые различные формы — от, казалось бы, безобидных до поражающих своей жестокостью. При одних и тех же побуждающих мотивах. С этой точки зрения уместно задать еще один вопрос: так ли уж сильно отличаются анонимный звонок о мнимом минировании школы от расстрела одноклассников или массового захвата заложников? Количественные ли это отличия или качественные (с точки зрения мотивов преступления и способствовавших ему факторов)? Психической травме были посвящены основные части этой книги, но здесь уместно еще раз подчеркнуть, что «этническая психическая травма» (нанесенная иной этнической группой) — всегда имеет качественно иные содержание, смысл и последствия...

В данном случае мы не говорим о противодействии терроризму — те, кто встали на этот путь и уже запятнали себя кровью, вряд ли повернут назад. Ничто не внушает такого оптимизма. Но можно ли предложить какие-либо механизмы профилактики развития террористического мировоззрения и следующего за ним действия? В обществе существует достаточно широко распространенная точка зрения, согласно которой «терроризм — это следствие деятельности террористов». Не заблуждение ли это? И даже если принять эту точку зрения как верную, то тогда возникает второй вопрос: а следствием чего является появление самих террористов и террористического мировоззрения? Вопрос, пока фактически не осмысленный.

О чем стоит подумать?

Может быть, нам стоило бы больше думать о том, созданы ли реальные условия для того, чтобы социальные активисты (прежде всего — молодые

люди) имели возможности для выражения своих мнений и точек зрения (каковы бы они ни были)? Существуют ли в современных обществах действенные механизмы, которые позволяют отдельным людям, профессиональным, религиозным или национальным группам быть услышанными? Возможно ли вообще создание такой ситуации, которая будет побуждать социальных активистов самого различного толка к сотрудничеству? Как обеспечить формирование более безопасной, ответственной, надежной и более прогнозируемой социальной атмосферы, где люди смогут актуализировать свои цели и потребности, не прибегая для утверждения своих идей к ущемлению свободы окружающих?

Как известно, одним из «лозунгов» террористов является: «Чем больше жертв, тем больше они поймут». И, несмотря на безусловный цинизм этой фразы, может быть, стоит предположить, что мы чего-то не понимаем или не хотим понять?

Террорист-смертник — это не только немыслимая жестокость и варварство. Это еще и послание. И как бы ни были ненавистны нам террористы, мы не можем не признать жертвенность таких смертоносных посланий. Почему бы не спросить: «Что мы должны понять?» Есть типичное возражение: «Мы никогда не примем языка угроз». А разве мы уже не говорим с ними на одном и том же языке? Куда это приведет?

Как мы стимулируем террористическое поведение?

Как представляется, на первый взгляд закономерная и понятная защитно-агрессивная позиция общества в отношении террористов одновременно является самостоятельным катализатором социальной нестабильности. Общество со всей очевидностью демонстрирует свое презрение, свою ненависть, свое искреннее желание покончить с этим явлением, но, в последнем случае, с ориентацией почти исключительно на силовые методы — уничтожить. И, увы, не терроризм, а только террористов. Агрессия последних рождает ответную, что почти закономерно, а учитывая родовую, тейповую или клановую структуру семей террористов, все возвращается к «истокам», и начинается новый «цикл». Круг замкнулся. Казалось бы — все верно. Особенно если исходить из закона талиона и немного отвлечься от того, что мы живем в XXI веке, а не в каменном или в средневековье. Может быть, здесь тоже требуется некое переосмысление? Страдания, жертв и ненависти с обеих

сторон все больше, а решения — нет. Неужели его действительно нет?

Внеэкономические факторы размежевания

В силу довлеющих представлений мы склонны видеть в терроризме почти исключительно экономические составляющие. Мы явно недооцениваем роль идей. Трудности объединения Европы исключительно на платформе экономизма хорошо известны. Объединенными усилиями мы строим мосты, дороги, школы, но смысловое пространство Европы и мира уже давно производит впечатление то ли недостроенного, то ли уже разрушающегося. Гуманитарные идеи и ценности составляли стержень европейской цивилизации. Есть ощущение, что эти ценности сейчас подвергаются переоценке или даже обесцениваются, несмотря на их повсеместную декларацию. И здесь не хочется, следуя моде, ругать демократию — процесс более глубокий.

Нельзя не признать, что, преуспев в познании физических законов природы, мы лишь интуитивно кое-что начинаем понимать в ее социальных законах. Мы пришли к началу XXI века со своим весьма противоречивым и пока мало осмысленным багажом, а эмоции — все еще бесконечно преобладают в мире, и нам лишь кажется, что он управляется на основе научных подходов.

Повторю еще раз. Именно гуманитарные ценности составляли стержень или «каркас» европейской цивилизации. Что такое здание без каркаса в нашем бесконечно сотрясающемся мире? Нам кажется, что мы живем под защитой купола этой цивилизации, но может быть, мы уже под ее обломками?

Идеи превосходства

Около года назад мной была сформулирована, как мне представляется, чрезвычайно актуальная идея «цивилиза-ционного превосходства», без которой нельзя объяснить всю гамму чувств населения, освещение в СМИ, поведение и политику лидеров западной цивилизации в отношении ряда стран и народов. Я попросил разработать эту идею подробнее моего друга — профессора В. Крамника (он был, безусловно, более подготовлен к такому анализу), но внезапная смерть не позволила ему этого сделать. У меня эта идея также пока не получила адекватного развития, но один вопрос кажется вполне уместным: так ли уж сильно эта «не первой свежести» идея отличается от идей религиозного, национального или расового превосходства?

Ненависть социальных фанатиков к своему собственному или

соседствующему обществу не всегда связана с патологическим мышлением или извращенными психологическими установками. Ее причины могут в равной степени быть связанными с пороками самого этого общества, которых оно не замечает или не хочет замечать. Может быть, нам стоит почаще всматриваться в зеркало истории?

Экономический базис терроризма и антитеррора

Экономическую составляющую в современном «мире денег», вне сомнения, не учитывать нельзя. И здесь мы имеем как минимум три случайных совпадения. На фоне безусловного трехвекового военно-технического доминирования европейской цивилизации «вдруг» появился другой претендент, пока — только на популяционное превосходство (в том числе — на территории Европы). Опять же, по случаю, именно этот новый претендент (теперь уже в рамках своих исторических территорий) оказался основным владельцем природных энергоносителей, которых, как свидетельствуют эксперты, осталось лет на 20—40, но без которых существование европейской цивилизации в качестве доминирующей весьма проблематично. А следовательно, контроль над источниками этих энергоносителей является жизненно важным — прежде всего для евро-американского планетарного меньшинства. А для эффективного и немедленного контроля над этими источниками вовсе не нужно искать корни терроризма или разрабатывать гуманитарные стратегии его преодоления — проведение антитеррористической операции (даже, как говорится, «по ложному доносу») куда действеннее. Одновременно с этим все более очевидным становится экологический планетарный кризис, который скорее всего затронет в первую очередь северную часть Западной Европы и Америки, население которой мало приспособлено к существованию в условиях выживания, особенно — при отсутствии источников энергии.

Примечательно, что Россия, поддерживая международную антитеррористическую операцию политически, в ней не участвует. И хотелось бы надеяться, не будет участвовать. Это сугубо западный «проект», а Россия, как было провозглашено на последнем пленарном заседании Санкт-Петербургского диалога «Путин—Шредер» в Гамбурге (сентябрь 2004), — «это часть Европы, но не часть Запада». И слава Богу, тем более что у нас пока не предвидится проблем с природными энергоносителями. А значит, есть

возможность хорошо обдумать складывающуюся в мире ситуацию. Но времени на это отпущено немного.

Сколько стоит терроризм?

Не будучи экономистом, естественно, не могу взяться за всесторонний анализ этой проблемы. Поэтому рассмотрю только более близкие мне аспекты и только с точки зрения последствий массовой психической травмы.

Мы хорошо помним, как после очередных атак террористов в социуме формировались (вполне объяснимые с точки зрения посттравматического синдрома) массовые фобии и депрессии: страх перед пользованием метро, самолетами и поездами, отправлением детей в школу, посещением популярных курортов, театров и кафе, отмена запланированных проектов, снижение работоспособности, нарушения сна и т. д. Трудно подсчитать моральный ущерб, впрочем, как и экономический, от такого ограничительного поведения. Но если исходить из экономических расчетов наших западных коллег[2], вне систематической терапии такие фобические и депрессивные проявления приводят к потере примерно 1000 долларов в месяц (в виде упущенной или неполученный выгоды) для каждого из пострадавших. И это только в процессе их собственной деятельности, независимо от того — были ли они реальными участниками трагедии или наблюдали ее на экране телевизора на удалении в тысячи километров. И это не считая экономических потерь фирм, где они работают, а также временно (до 3—6 месяцев) пустеющих аэропортов, вокзалов, театров, кафе, популярных курортов и т. д. Если умножить это на миллионы «пациентов» в социуме, нетрудно сосчитать, во сколько сотен миллиардов обходится нам каждый теракт[3]. А если к этому добавить еще и стоимость разработки и внедрения систем защит аэропортов, кинотеатров, школ, вузов, кафе, ресторанов и магазинов, плюс подготовка и постоянное содержание персонала для этих систем, думаю, сумма удвоится. Даже не учитывая затрат на проведение военных операций возмездия.

2 *Cost-Effectiveness of Psychotherapy / Ed. by Nancy E. Miller and Kathryn M. Magruder. Oxford University Press, 1999. См. также: Решетников М. М. Экономические и организационно-методические проблемы психотерапии // Решетников М. М. Психодинамика и психотерапия депрессий. СПб.: Восточно-Европейский Институт Психоанализа, 2003. С. 221-249.*

3 *В одном из своих выступлений после 11 сентября 2001 года Бен*

Ладен назвал такие цифры: террористы потратили на поражение всех объектов в процессе сентябрьского теракта (2001) в США 500 тыс. долларов, а нанесенный ущерб был оценен в 500 млрд долларов, то есть — 1 млн на каждый доллар затрат террористов.

И тогда правомерно задать вопрос о том, почему мы с такой паранойяльной настойчивостью работаем только в этом направлении и лишь по остаточному принципу инвестируем наши интеллектуальные усилия и попытку понять, почему это происходит. Неужели существует только силовое решение проблемы?

Вместо заключения

Мы легко находим лидеров террористов, с которыми, оказывается, можно вести переговоры, когда захваченными оказываются известные журналисты или общественные деятели. Повторю, мы находим в этих случаев и влиятельных лидеров террористов, и нужные слова, и убедительные аргументы. Почему бы не говорить с ними чаще? Может быть, мы имеем дело с двумя подобными паранойями — с их, и с нашей стороны? Нам есть над чем подумать. Особенно, если сохранять надежду, что в нашем далеко не простом мире мы обречены не на конфронтацию, а на диалог и понимание.

Послесловие

Большинство книг остаются недописанными, так как автор на определенном этапе, даже сознавая, что еще далеко не все сказано, начинает ощущать некое пресыщение темой и, сознательно или подсознательно, опасается, что это же чувство может посетить и читателя. Эта книга и эта тема — не исключение. Я даже назову те разделы, которые, возможно, будут написаны в будущем — мной или другими авторами. Недостаточно раскрытыми или даже вообще только обозначенными остались: социальные травмы, дифференциальная диагностика ПТСР и других психических расстройств, посттравматическая депрессия и шизофрения, посттравматические расстройства у детей, библиотерапия пациентов с ПТСР (кстати, очень важная), подробное описание методики и техники реструктуризации травматического опыта, социальная реабилитация при ПТСР, поддерживающая психотерапия при ПТСР, специфика

предварительного интервью и установления терапевтического альянса при ПТСР, профессиональные риски ПТСР, групповая, семейная и супружеская психотерапия при ПТСР, комплексная терапия ПТСР (включая психофармакологическую поддержку), коморбидные расстройства и синдромы при ПТСР, а также психометрический инструментарий для исследования форм проявления и тяжести симптомов ПТСР, хотя последняя тема достаточно полно раскрыта в практикуме Н. В. Тарабриной [70]. Мы также не касались специфики различных вариантов применения психотерапии при посттравматических расстройствах, в частности группового, семейного, дистанционного и ряда других. Вероятно, это далеко не полный перечень, но в этом нет ничего удивительного, так как научный период исследования психической травмы только начинается.

Появление этой книги, конечно, было не случайным. Когда уже 20 с лишним лет назад мне впервые пришлось столкнуться с массовой психической травмой, этот опыт был чрезвычайно травматичным, и казалось просто невозможным, чтобы такие трагические события повторялись. Однако будущее опровергло эти ожидания, более того — началась целая эпоха экологических и социальных кризисов, техногенных катастроф и терроризма, индивидуально-психологических последствий которых («благодаря» СМИ) в экономически развитых странах не удалось избежать никому. И, возвращаясь к профессиональным вопросам, можно лишь еще раз с горечью повторить один из условно-позитивных выводов: без работы никто из психотерапевтов в ближайшее столетие не останется.

Я хотел бы надеяться, что независимо от того, принадлежите ли вы к категории специалистов или нет, эта маленькая книга окажется полезной для вашей профессиональной или обыденной жизни. В преодолении собственных травм и желании помочь или оградить от них окружающих.

Литература

1. Александер, Ф., Селесник, Ш. Человек и его душа: познание и врачевание от древности до наших дней / Пер. с англ. М.: Прогресс-Культура, 1995. — 608 с.

2. Арьес, Ф. Человек перед лицом смерти / Пер. с фр. М.: Прогресс, 1992. - 528 с.

3. Бинсвангер, Л. Бытие-в-мире. Введение в экзистенциальную психиатрию. М.: Ювента, 1999. — 300 с.

4. Блейлер, Е. Руководство по психиатрии. Берлин: Изд-во товарищества «Врач», 1920. — 542 с.

5. Боулби, Дж. Создание и разрушение эмоциональных связей / Пер. с англ. В. Старовойтова. М.: Академический проект, 2004. - 232 с.

6. Буш, Ф. Новый взгляд на психоаналитическую терапию. СПб.: Восточно-Европейский Институт Психоанализа, 2005.- 196 с.

7. Верморелъ, А. Быть или не быть? Значение травмирующих событий детского возраста для психоаналитического лечения. // Французская психоаналитическая школа / Под ред. А. Жибо, А. В. Рассохина. СПб.: Питер, 2005. С. 362-382.

8. Винникотт, Д. В. Семья и развитие личности. Мать и дитя. М.: Литур, 2004.

9. Вырубо, Н. А. К вопросу о генезе и лечении невроза тревоги комбинированным гипно-аналитическим методом // Классика русского психоанализа и психотерапии. Т. 1. М.: Изд-во СИП РИА, 2004. С. 72-81.

10.Тронов, В. Filiations: Будущее Эдипова комлекса / Пер. с фр. СПб.: Восточно-Европейский Институт Психоанализа, 2001.-344 с.

11.Грин, А. Мертвая мать // Французская психоаналитическая школа / Под ред. А. Жибо и А. Рассохина. СПб.: Питер, 2005. С. 333-362.

12.Гринсон, Р. Техника и практика психоанализа. Воронеж: Модэк, 1994.- 491с.

13.Джонс, Э. Жизнь и творения Зигмунда Фрейда / Пер. с англ. М.: Гуманитарий, 1996. — 448 с.

14.Жибо, А. Введение к разделу «Работа горя» // Французская психоаналитическая школа / Под ред. А. Жибо, А. В. Рассохина. СПб.: Питер, 2005. С. 315-317.

15.Дмитриева Т. Б. (ред). Клиническая психиатрия. М.: Медицина, 1998.

16.Калшед, Д. Внутренний мир травмы / Пер. с англ. М.: Академический проект, 2001. — 368 с.

17.Каннабих Ю. В. История психиатрии. М.: ЦТР МШ ВОС, 1994. - 527 с.

18.Каннабих Ю. В. Эволюция психотерапевтических идей в XIX веке // Классика русского психоанализа и психотерапии. Т. 1. М.: Изд-во СИП РИА,

2004. С. 45-51.

19.Каплан, Г., Сэдок, Б. Клиническая психиатрия. Т. 1—2. М.: Медицина, 1994.

20. Карвасарский Б. Д. Неврозы. М.: Медицина, 1990. — 576 с.

21.Карелии Я. Я.//Инновации. 2001. №9-10. С. 115-116

22.Кернберг, О. Агрессия при расстройствах личности и перверсиях / Пер. с англ. М.: Класс, 1998. — 368 с.

23.Кербиков О. В., Коркина М. В., Наджаров Р. А., СнежневскийА. В. Психиатрия. М.: Медицина, 1968. — 448 с.

24.Кохут, Х. Восстановление самости. М.: Когито-Центр, 2002.

25.Краснов В. Н., Юркин М. М., Войцех В. Ф. с соавт. Психические расстройства у участников ликвидации последствий аварии на Чернобыльской АЭС // Социальная и клиничес

кая психиатрия. 1993. № 1. С. 5—10.

26.Крепелин Э. Введение в психиатрическую клинику / Пер. с нем. М.: Народный комиссариат здравоохранения, 1923. — 458 с.

27.Куттер П. Современный психоанализ. — СПб.: Б. С. К., 1997. - 348 с.

28.Куттер П. Любовь, ненависть, зависть, ревность. Психоанализ страстей / Пер. с нем. СПб.: Б. С. К, 1998. — 115 с.

29.Кэхеле Х., Нойбургер Р., Пайнз М., Резник С, Решетников М.,

Розен Д., Стерн Х., Стоун М., Хейнц Дж. Психоанализ депрессий / Сб. статей под ред. М. М. Решетникова. СПб.: Восточно-Европейский Институт Психоанализа, 2005. — 164 с.

30.Лобзин В. С, Решетников М. М. Аутогенная тренировка. Л.: Медицина, 1986. - 280 с.

31.Московичи С. Век толп. Исторический трактат по психологии масс / Пер. с фр. М.: Центр психологии и психотерапии, 1996. — 478 с.

32. Нюрберг Г. Принципы психоанализа и их применение к лечению неврозов / Пер. с англ. М.: Институт общегуманитарных исследований, 1999. — 360 с.

33. Осипов Н. Е. О психоанализе // Классика русского психоанализа и психотерапии. Т. 1. М.: Изд-во СИП РИА, 2004. — С. 52-72.

34. Психология и психопатология терроризма. Гуманитарные стратегии антитеррора / Сб. статей под ред. М. М. Решетникова. СПб.: Восточно-Европейский Институт Психоанализа, 2004. - 352 с.

35. Райх В. Характероанализ: техника и основные положения для обучающих и практикующих аналитиков / Пер. с нем. М.: Республика, 1999. - 461 с.

36. Раков Д. Работая с клиническими последствиями травмы. М.: Материалы Российско-Американской психоаналитической конференции, 2005. С. 69—102.

37. Резник С. Зеркала, коридоры, слезы // Резник С. Ментальное пространство. Киев: УАП-МИГП, 2004. С. 97. Решетников М. М., Баранов Ю. А., Мухин А. П., Черми-нин С. В.

38. Психофизиологические аспекты состояния, поведения и деятельности пострадавших в очаге стихийного бедствия (Спитакское землетрясение) // Психологический журнал АН СССР. 1989. Т. 10. № 4. С. 125-129.

39. Решетников М. М., Баранов Ю. А., Мухин А. П., Чермя-нин С. В. Уфимская катастрофа: особенности состояния, поведения и деятельности людей // Психологический журнал АН СССР. 1990. Т.Н. № 1. С. 95-101.

40. Решетников М. М., Баранов Ю. А., Мухин А. П., Чермя-нин С. В. Психофизиологические аспекты состояния, поведения и деятельности людей в очагах стихийных бедствий и катастроф // Военно-медицинский журнал МО СССР. 1991. №9. С. 11-16.

41. Решетников М. М. Влечение к смерти // Рязанцев С. Танатология (учение о смерти). СПб.: ВЕИП, 1994. С. 5-12.

42. Решетников М. М. Психопатология героического прошлого и будущие поколения // Актуальные вопросы военной и экологической психиатрии. СПб.: Военно-медицинская академия, 1995. С. 38-45.

43. Решетников М. М. Современная российская ментальность. 2-е изд. М.: Российские вести, 1996. — 102 с.

44. Решетников М. М. Как построить индивидуальную программу антикризисного поведения // Психологическая газета. 1998. № 10 (37). С. 12-15.

45. Решетников М. М. Методологическое значение классификации, понятий нормы и патологии // Вестник психоанализа. 1999. № 1.С. 56-71.

46. Решетников М. М. Интерперсональный психоанализ Гарри Салливана // Салливан Г. С. Интерперсональная теория в психиатрии/ Пер с англ. СПб.: Ювента, 1999. С. 6—20.

47. Решетников М. М. «Психологические» аспекты локальных войн // Россия и Кавказ — сквозь два столетия. СПб.: Звезда, 2001. С. 269-277.

48. Решетников М. М. О филиации ... с болью и благодарностью// Гранов В.

Filiations: Будущее Эдипова комлекса/Пер. с фр. СПб.: Восточно-Европейский Институт Психоанализа, 2001. С. 7—10.

49. Решетников М. М. Глобализация — самый общий взгляд //Телескоп. 2002. № 1. С. 3-9.

50. Решетников М. М. Элементарный психоанализ. СПб.: Восточно-Европейский Институт Психоанализа, 2003. — 152 с.

51. Решетников М. М. Бедность в современной России: анализ проблемы. М.: Научно-экспертный совет при Председателе Совета Федерации РФ Федерального Собрания РФ, 2003. С. 131-142.

52. Решетников М. М. Современная демократия: тенденции, противоречия, исторические иллюзии // Телескоп. 2004. № 1.С. 3-13.

53. Решетников М. М. Психология и психопатология терроризма. Статьи. СПб.: Восточно-Европейский Институт Психоанализа, 2004. — 34 с.

54. Решетников М. М. Общие закономерности в динамике состояния, поведения и деятельности людей в экстремальныхситуациях с витальной угрозой. Отдаленные последствия и

реабилитация пострадавших // Методическое пособие для врачей, психологов и педагогов. СПб.: Восточно-Европейский Институт Психоанализа, 2004. — 26 с.

55. Решетников М. М. Наброски к психологическому портрету террориста // Психология и психопатология терроризма.

СПб.: Восточно-Европейский Институт Психоанализа, 2004. С. 34-37.

56. Решетников М. М., Федоров Я. О. Переговорный процесс //Общие закономерности в динамике состояния, поведения и деятельности людей в экстремальных ситуациях с витальной угрозой. Отделенные последствия и реабилитация пострадавших / Методическое пособие для врачей, психологов и педагогов. СПб.: Восточно-Европейский Институт Психоанализа, 2004. С. 25-26.

57. Решетников М. М. Современная демократия: тенденции, противоречия, исторические иллюзии // Психология власти. Материалы международной конференции «Психология власти» / Под. ред. проф. А. И. Юрьева. СПб.: Изд-во СПбГУ, 2004. С. 68-76.

58. Решетников М. М. Психодинамика депрессии // Психоанализ депрессий: Сб. статей под ред. проф. М. М. Решетникова. СПб.: Восточно-Европейский Институт Психоанализа, 2005. С. 13-31.

59. Решетников М. М. Общие принципы терапии депрессий // Там же С. 140-159.

60. Решетников М. М. О концепции и стратегии борьбы с наркоманиями в России. СПб.: Восточно-Европейский Институт Психоанализа, 2005. — 39 с.

61. Решетников М. М. Неочевидный образ будущего: социальные процессы и терроризм в Европе. СПб.: Восточно-Европейский Институт Психоанализа, 2005. — 48 с.

62. Решетников М. М. Психодинамика и психотерапия депрессий. СПб.: Восточно-Европейский Институт Психоанализа, 2003.

63. Роджерс, К. Взгляд на психотерапию. Становление человека / Пер. с англ. М.: Прогресс, 1994. — 480 с.

64. Салливан, Г. С. Интерперсональная теория в психиатрии / Пер. с англ. СПб.: Ювента, 1999. - 347 с.

65. Селье, Г. Стресс без дистресса /Пер. с англ. М.: Прогресс, 1979.-124 с.

66. Селье, Г. От мечты к открытию. Как стать ученым / Пер. с англ. М.: Прогресс, 1987.

67.Спотниц, Х. Современный психоанализ шизофренического пациента. СПб.: Восточно-Европейский Институт Психоанализа, 2004. - 296 с.

68.Сукиасян С. Г. История болезни цивилизации: диагноз терроризм. Ереван: Асогик, 2005. — 266 с.

69.Суханов С. А. О патологических характерах // Практикующий врач. 1907. № 41-42.

70.Тарабрина Н. В. Практикум по психологии посттравматического стресса. СПб.: Питер, 2001. — 272 с.

71.Томэ, Х., Кэхеле, Х. Современный психоанализ: исследования (случай Амалии Х.). СПб.: Восточно-Европейский Институт Психоанализа, 2001. — 304 с.

72.Торок, М. Болезнь траура и фантазм чудесного трупа//Французская психоаналитическая школа / Под ред. А. Жибо, А. В. Рассохина. СПб.: Питер, 2005. С. 317-332.

73.Фенихель, О. Психоаналитическая теория неврозов / Пер, с англ. А. Б. Хавина. М.: Академический проект, 2004. — 848 с.

74.Французская психоаналитическая школа / Под ред. А. Жибо, А. В. Рассохина. СПб.: Питер, 2005. - 576 с.

75.Фрейд, 3. Введение в психоанализ. Лекции. М.: Наука, 1991.-456 с.

76.Фрейд, З. Толкование сновидений. Репринт с изд. 1913 года. Ереван: Камар, 1991. — 448 с.

77.Фрейд, З. Исследования истерии / Пер. с нем. С. Панкова; научная редакция М. Решетникова и В. Мазина // Фрейд З. Собр. соч.: В 26 т. Т. 1. СПб.: Восточно-Европейский Институт Психоанализа, 2005. — 464 с.

78.Фрейд, З. По ту сторону принципа наслаждения / Фрейд З. Я и оно. Труды разных лет / Пер. с нем. Тбилиси: Мерани, 1991. С. 143-199.

79.Фрейд, З. Массовая психология и анализ человеческого «Я» // Фрейд З. По ту сторону принципа удовольствия: Пер. с нем. М.: Прогресс. Литера, 1992.

80.Фрейд, З. Своевременные мысли о войне и смерти // Russian Imago-2001. Исследования по психоанализу культуры. СПб.: Алетейя, 2002. С. 30-48.

81.Фрейд, З. Скорбь и меланхолия // Вестник психоанализа. — СПб.: Восточно-Европейский Институт Психоанализа. 2002. № 1.С. 13-30.

82.Фромм, Э. Психоанализ и этика. М.: Республика, 1993. — 415 с.

83.Хорни, К. Женская психология. СПб.: Восточно-Европейский Институт Психоанализа, 1993. — 221 с.

84.Шерток, Л., де Соссюр, Р. Рождение психоаналитика. М.: Прогресс, 1991.- 288 с.

85.Ярошевский М. Г. История психологии. М.: Мысль, 1966. — 565 с.

86.Юнг, К. Г. Психоз и его содержание. СПб., 1909.

87.Ясперс, К. Общая психопатология / Пер. с нем. М.: Практика, 1997. - 1056 с.

88.Ясперс, К. Смысл и назначение истории / Пер. с нем. М.: Республика, 1994. — 527 с.

89. Bernard, C. Lecons sur la Physiologie et la Pathologie du Systeme Nerveux. Elibron Classics, 2001.

90.Bernard, C Principes de medecine experimentale / Ed. by Delhoume L. Paris: Presses Universitaires, 1947.

91.Bisson, J., McFarlane A., Rose 5. Psychological Debriefing//Foa E. Keane T., Friedman M. Effective Treatments for PTSD: Practical Guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies. NY: Guilford.

92.Bonhoeffer, K. Zur Frage der exogenen Psychosen // Zentralbl. Nervenheilkd., 1909.

93.Bonhoeffer, K. Die Psychosen im Gefolge von akuten Infektionen, Allgemeinerkrankungen und inneren Erkrankerungen. Franz Deuticke. Leipzig;

Wien, 1911.

94. Cannon, W. B. Bodily Changes in Pain, Hunger, Fear and Rage. New York: Appleton, 1915.

95. Cannon, W. B. Traumatic Shock. New York; London: D. Appleton and Co., 1923.

96. Cannon, W. B. The Wisdom of the Body. New York: Norton, 1932.

97. Charcot,J.-M. Lecons sur les maladies du systeme nerveux. Ed. Progres Medical, 1890.

98. Davidson, J., Smith R., Kudler H. Validity and reliability of the DSM-HI criteria for PTSD//Journ. of Nervous and Mental Disease. 1989. Vol. 177. P. 336-341.

99. Dubois, P. Les psychonevroses et leur traitement moral. Lecons faites a l'Universite de Berne. Paris: Masson, 1904.